

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

N° 25

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIES TRANSMÉSOCOLIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Mars 1934

PAR

Jean GRANIER

Né le 13 Mars 1910, à Magalas (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY	{	MM. RICHE, profess., président.	{	Assesseurs.
		LAMARQUE, professeur.		
		MOURGUE-MOLINES, agrégé.		
		GUIBAL, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

—
1934

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES HERNIES TRANSMESOCOLIQUES**

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

N° 25

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIES TRANSMÉSOCOLIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Mars 1934

PAR

Jean GRANIER

Né le 13 Mars 1910, à Magalas (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY

MM. RICHE, profess., président.

LAMARQUE, professeur.

MOURGUE-MOLINES, agrégé.

GUIBAL, agrégé.

} Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DE SAUVAGES, 1

1934

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	GALAVIELLE
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale	CRISTOL
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phtisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
Anatomie	LAUX
Chimie	N...
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Histologie	GRANEL
Bactériologie	CARRERE

Examineurs de la Thèse

MM. RICHE, profess., président.
LAMARQUE, professeur.

MM. MOURGUE-MOLINES, agrégé.
GUIBAL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*En souvenir de ses conseils
autorisés, hommage de mon filial
amour.*

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS MATERNELS

*En souvenir de leur bonté, hom-
mage reconnaissant et affectueux.*

A MA MERE ET A MA TANTE

*Un seul amour, un seul dévoue-
ment en deux personnes, faible
témoignage de ma très grande
affection.*

A MES GRANDS-PARENTS PATERNELS
ET A MA TANTE

Hommage affectueux.

A MON FRERE

*Témoignage de mon affection
toute dévouée.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

Professeur de Clinique Chirurgicale

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
MOURGUE-MOLINES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL

Hommages respectueux.

Que ces maitres, qui ont bien voulu me faire l'honneur de s'intéresser à moi au cours de mes études et tout particulièrement à l'occasion de cette thèse trouvent ici l'expression de ma respectueuse gratitude et de ma très grande admiration.

AVANT-PROPOS

Parvenu au seuil de nos études médicales, avant de quitter cette chère Faculté de Montpellier, il nous reste un devoir bien grand et bien doux : c'est celui d'exprimer toute notre admiration et toute notre gratitude aux maîtres éminents de cette Ecole qui se sont attachés, tant à la Faculté qu'à l'Hôpital, à nous enseigner « l'art de guérir ». Que tous nos maîtres veuillent donc bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et l'assurance de notre grande admiration.

Parmi ces maîtres, nous devons une mention spéciale à ceux qui se sont particulièrement intéressés à nous, surtout à l'occasion de notre thèse.

Nous tenons tout d'abord à remercier M. le Professeur Riche, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse et nous réserver toujours un accueil affable et paternel.

A notre jeune maître, M. le Professeur Agrégé Mourgue-Molines, nous exprimerons particulièrement notre gratitude : maître compétent autant qu'aimable, il nous a dirigé et soutenu dans l'étude souvent ingra-

te et les recherches plus souvent difficiles encore de notre thèse, par ses conseils pratiques et autorisés. C'est à lui que nous devons le meilleur de ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très vive et sincère reconnaissance et l'assurance de notre grande admiration.

A ces maîtres, qui ont bien voulu nous faire l'honneur de siéger au jury de notre thèse, nous voulons témoigner notre reconnaissance.

INTRODUCTION

L'arrière-cavité des épiploons peut être le siège de hernies, dont la porte d'entrée est l'hiatus de Winslow ou bien une brèche à travers le mésocôlon transverse.

La première variété, la hernie à travers l'hiatus de Winslow, est bien connue et a été très étudiée, en particulier dans l'article princeps de MM. JEANBRAU et RICHE (*Revue de Chirurgie*, 1906) et la thèse de DELITCH (*Paris*, 1919).

La deuxième variété est moins bien connue : c'est la pénétration de l'intestin grêle, en totalité ou en partie, ou bien encore de l'estomac, dans l'arrière-cavité des épiploons, à travers le mésocôlon transverse, qui peut être perforé d'un orifice plus ou moins large, résultat d'une malformation congénitale, d'un traumatisme accidentel ou opératoire, ou encore de la réaction à distance d'une lésion anatomique telle qu'un ulcère de l'estomac ou du duodénum. Les anses grêles (car ce sont elles qui forment la hernie le plus souvent) peuvent y demeurer incarcérées à des étages divers : elles peuvent s'amasser entre les feuillets dédoublés du grand épiploon ; elles peuvent, remontant derrière l'estomac, atteindre la petite cour-

boue et l'épiploon gastro-hépatique, franchir cette barrière et retomber au-devant de la paroi gastrique antérieure, du côlon, du tablier épiploïque, dans une situation vraiment déconcertante.

Nous avons été dirigé vers l'étude de ces hernies par M. le Professeur RICHE qui, en nous proposant le sujet de notre thèse, a eu l'obligeance de nous confier une observation inédite de hernie transmésocolique, relevée dans son service, au cours d'une opération chirurgicale sur l'abdomen, pratiquée par M. le Professeur Agrégé MOURGUE-MOLINES.

Nous allons, dans un premier chapitre, donner un très court historique sur la question des hernies transmésocoliques.

Dans un deuxième chapitre, que nous diviserons en quatre paragraphes, selon les types de hernies, nous citerons l'observation inédite du malade de notre maître, M. le Professeur Agrégé MOURGUE-MOLINES, et nous résumerons quelques cas typiques relevés dans la littérature médicale. Nous regrettons vivement de ne pouvoir résumer ici tous les cas de hernies transmésocoliques, les difficultés actuelles de la bibliographie ne nous l'ont pas permis.

Nous étudierons ensuite, dans un autre chapitre, l'étiologie et la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, l'évolution et le pronostic, et enfin le traitement des hernies transmésocoliques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le travail fondamental sur la question des hernies transmésocoliques est celui de REINHARDT, paru en 1917, dans les *Beitrage zur pathologischen anatomie und zur Allgemeinen pathologie*. Dans cet article, cet auteur décrit 30 cas de hernies transmésocoliques recueillies jusqu'alors dans la littérature, et discute à ce propos l'origine de cette affection : à l'aide de nombreux arguments et s'appuyant sur plusieurs observations, il soutient que la hernie transmésocolique serait produite par la rupture d'une fossette péritonéale existant dans le mésocôlon transverse, le plus souvent à gauche des artères coliques.

Cependant, avant REINHARDT, plusieurs auteurs avaient attiré l'attention sur cette variété de hernies ; il nous suffira de nommer William MAYO, qui, en 1909, publie deux observations de hernie transmésocolique compliquant un ulcère du pylore, in *Annals*

of Surgery. Nous sommes heureux de pouvoir les rapporter plus loin.

SCHUMACHER, en 1910, dans les *Beitrage zur Klinischen Chirurgie*, avait émis l'hypothèse que les orifices dans le mésocôlon transverse devaient être dus à l'action de processus irritatifs et infectieux de voisinage tels qu'ulcères de l'estomac, du duodénum et même cholécystites chroniques.

Après REINHARDT, FEDERSCHMIDT étudie la question de ces hernies, dans un article paru, en 1920, in *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* : pour lui, l'orifice mésocolique se formerait pendant la vie fœtale, sous l'action de forces mécaniques, sur une région moins résistante.

SOHN, en 1921, publie deux observations de hernies internes, dont une transmésocolique très particulière, qu nous donnerons résumée au cours de notre thèse, à cause même de sa particularité : hernie de l'estomac à travers le mésocôlon transverse, in *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*.

Pierre LOMBARD, en 1923, dans le *Journal de Chirurgie*, cite un cas de hernie transmésocolique après accident grave par choc sur l'abdomen, et étudie ensuite longuement la question de ces hernies et de leur origine.

HEANEY et SIMPSON publient un article à ce sujet et rapportent deux cas de hernies transmésocoliques, in *British Journal of Surgery*, 1925.

En 1926, ODERMATT publie, lui aussi, un article sur la question.

En 1927, LEFEBVRE, de Toulouse, présente à la *Société de Chirurgie de Paris*, un cas de hernie transmésocolique, suivi de quelques considérations. Son

rapporteur, Pierre DESCOMPS envisage la pathogénie de cette variété de hernie interne et suscite une intéressante discussion.

SIEGMUND, en Allemagne, la même année, contribue à cette étude dans les *Archiv. für Klinischen Chirurgie*.

ROMITI, en Italie, la même année encore, rapporte un cas de hernie transmésocolique suivi de considérations à ce sujet, dans *La Clinica Chirurgica*.

En 1928, BRUTTIN, publie un article sur la question à l'occasion de la découverte d'un orifice mésocolique sans hernie, au cours d'une laparotomie pour ulcère gastrique, dans la *Revue Médicale de la Suisse romande*.

En 1929, GODARD et SMITH, dans la *Revue de Chirurgie*, étudient les hernies de l'arrière cavité des épiploons, à propos de quelques cas complexes. Les hernies transmésocoliques y tiennent une grande place et y sont groupées sous trois chefs : hernies consécutives à la gastro-entérostomie ; hernies post-traumatiques ou d'origine pathologique ; hernies congénitales.

Albert CAIRE rapporte un cas de hernie transmésocolique à la *Société de Chirurgie de Marseille*, en 1930.

En 1932, LORIN-EPSTEIN, en Allemagne, rapporte deux cas de hernies transmésocoliques et les fait suivre d'une intéressante discussion sur l'évolution de ces hernies, dans les *Archiv. für Klinischen Chirurgie*.

STEINKE, la même année, en Amérique, fait une longue étude sur les hernies internes et, parmi celles-ci, sur les hernies transmésocoliques, dont il rapporte un cas consécutif à une gastro-entérostomie, dans les *Archives of Surgery*.

Enfin, au moment même où notre thèse était mise sous presse, paraissait, dans le numéro de mars 1934, du *Journal de Chirurgie*, une étude très complète de G. MENEGAUX, sur les hernies transmésocoliques. L'intérêt de notre travail se trouve, de ce fait, notablement diminué ; cependant, nous croyons pouvoir publier notre thèse sans y rien changer et sans y rien ajouter.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Dans l'impossibilité où nous nous trouvions, par suite des difficultés actuelles de la bibliographie, de rassembler, avec quelque chance d'être complet, les quelques 50 observations de hernies transmésocoliques qui ont été publiées, nous nous bornerons à donner en détail quelques observations particulièrement typiques.

Nous les exposerons sous quatre chefs principaux, d'après les divers types rencontrés du point de vue anatomique.

I. — HERNIES LOCALISEES A L'ETAGE
INFERIEUR DE L'ARRIERE-CAVITE
DES EPIPLOONS

OBSERVATION I

due à l'obligeance

de M. le Professeur Agrégé Mourgue-Molines)

Hernie transmésocolique à symptomatologie de sténose pylorique découverte au cours d'une intervention sur l'abdomen pour ulcus du pylore.

Le 22 août 1933, entre à l'Hôpital Suburbain (Cliniques Saint-Eloi) de Montpellier, dans le service de Chirurgie générale de M. le Professeur RICHE, un homme, R... F..., envoyé par son médecin pour troubles gastriques.

Ce malade se plaint de douleurs à type de striction siégeant au creux épigastrique et s'irradiant vers en haut (le long de l'œsophage) et latéralement à la base du thorax. Ces douleurs apparaissent au moins deux heures après le repas ; elles sont réveillées par la toux. Le malade a des renvois aigres, mais pas de vomissements. Ces différents troubles ont apparu depuis un mois, et sont accompagnés d'un gros amaigrissement. Cependant, le sujet a très bon appétit.

Le médecin traitant a ordonné un régime léger, et d'ailleurs le malade s'abstient de manger pour éviter les douleurs pénibles post-prandiales.

Le sujet est dégoûté du tabac et du vin. Jusqu'à ce jour, il avait eu une bonne santé habituelle, sauf un ictère vers l'âge de 25 ans.

Il est père de trois enfants, qui sont en excellente santé, comme leur mère.

Ce malade, à son entrée à l'hôpital, paraît très amaigri.

La palpation du creux épigastrique réveille une douleur très vive. Dès la moindre pression de cette région, apparaît une défense musculaire intense, empêchant la recherche d'une tumeur sous-jacente. Douleur à la pression dans la fosse iliaque externe gauche.

Le malade est fébricitant à son entrée : 39°. L'auscultation de la base pulmonaire gauche révèle quelques crépitants ; pas de matité.

Les examens de laboratoire ordinaires ont été faits : ils donnent une azotémie de 0 gr. 52 par litre, une réaction de Bordet-Wassermann négative.

L'examen des urines est normal.

L'examen radiologique a été pratiqué par le Docteur DECOULAND, qui arrive à la conclusion suivante :

« Le remplissage de l'estomac montre un estomac hyperkinétique, hypotonique, à contractions très énergiques. Dès le début, il existe une surprise du pylore. La baryte remplit le duodénum et, à son niveau, on met en évidence une hypermotilité et de l'hyper-évacuation.

« Un point douloureux très net existe au niveau du bulbe, qui est déformé régulièrement dans sa partie supérieure, sous la forme d'une ligne convexe pouvant répondre à l'empreinte de la vésicule biliaire.

« Ce syndrome d'hypermotilité et d'hyper-évacuation, avec point douloureux localisé sur le bulbe, fait penser radiologiquement à un ulcère duodénal à ce niveau ; mais nous n'avons pu mettre en évidence l'image pathologique. »

Le malade est opéré le mardi 5 septembre 1933, par le Professeur MOURGUE-MOLINES, sous anesthésie ra-

chidienne à la percaïne à 1/1.500 : 17 cc. L'anesthésie est parfaite.

Incision médiane sus-ombilicale.

L'estomac est normal. Le duodénum est masqué par des adhérences anciennes, qui unissent le côlon transverse à la vésicule. A sa partie moyenne, le côlon plonge vers le pelvis et est fixé, à la hauteur de la bifurcation aortique, par des adhérences qui l'unissent à l'S iliaque. Il est impossible de l'extérioriser. Mais lorsque l'on tire sur l'estomac, vers en haut, on n'attire pas un tablier épiploïque normal, mais une membrane transparente, en toile d'araignée, à travers laquelle on aperçoit la masse des anses grêles. Cette membrane diaphane est parsemée de vaisseaux grêles très visibles, mais ne contient aucun élément graisseux. Elle va de la grande courbure de l'estomac au côlon transverse. Au-dessous de celui-ci, on ne voit pas trace de grand épiploon. Il semble donc que les anses grêles sont dans le repli gastro-colique (cavité des épiploons) dont les feuilletts, à la partie inférieure ne se sont pas accolés pour former le grand épiploon et ont été écartés et distendus par la masse de l'intestin grêle.

On agrandit l'incision vers le bas, on libère les adhérences qui unissent le côlon transverse au sigmoïde et on peut relever le côlon. On voit alors que le mésocôlon présente une large fenêtre, située sur le bord gauche de la colique moyenne et à travers laquelle tout le grêle a pénétré dans l'arrière-cavité. Seuls les dix ou douze derniers centimètres de l'iléon sont hors de l'arrière-cavité. La fenêtre est bordée par un épaississement que l'on prend d'abord pour un vaisseau mais qui, en réalité, est avasculaire. On la sectionne et on en prélève un fragment pour l'examen



Dessin, dû au talent de M. PASSEBOIS interne des hôpitaux, professeur à la Faculté, montrant la place et les rapports de la hernie transmésocolique.

histologique. On constate que les anses grêles n'ont contracté aucune adhérence et sont libres dans l'arrière-cavité. On les dévide une à une et on les extériorise, les ramenant dans l'étage sous-mésocolique. On a ainsi vidé de son contenu une vaste poche à deux parois également minces et translucides, où se détachent les lacis vasculaires : l'un est le ligament gastro-colique, l'autre le mésocôlon transverse. Le côlon ferme l'angle dièdre, ouvert en arrière, qui constitue l'arrière-cavité. Nulle part on ne trouve trace de tablier épiploïque sur le bord libre du côlon.

Après vérification de la remise en place du grêle, on ferme la brèche mésocolique par un surjet au fil de lin. Cette fermeture est assez facile, bien que l'on passe l'aiguille au ras de la colique moyenne. A la fin de la suture, on fixe le mésocôlon par quelques points séro-séreux, à l'angle duodéno-jéjunal, pour éviter toute récédive.

Fermeture de l'abdomen en deux plans : soies et agrafes. Les suites opératoires sont excellentes, sans incidents. Une radioscopie, le 27 septembre, montre un transit digestif normal, et aucune stase au niveau des anses grêles.

Le malade sort le 28 septembre 1933, mangeant de tout et ayant engraisé.

Revu cinq mois plus tard, il va très bien.

OBSERVATION II

REINHARDT, 1916

Hernie transmésocolique moyenne

Jeune homme de quinze ans. Pas de symptômes de hernie interne. Perforation appendiculaire ayant amené la mort.

Autopsie : signes de péritonite diffuse.

Côlon à sa place normale. Le grand épiploon existe en totalité, mais ses feuillets ne sont que partiellement accolés et la bourse épiploïque est en majeure partie libre. Le ligament gastro-colique, mince, est refoulé en avant par des anses grêles, qui sont situées dans un sac à parois minces, formé par le mésocôlon transverse, et qui refoulent l'estomac vers en haut.

En soulevant grand épiploon et côlon transverse, on constate que la partie haute du grêle est située dans un sac de la dimension de deux poings, profond, hémisphérique, occupant toute la partie moyenne du mésocôlon transverse. Le reste de l'intestin grêle est en position normale. Les anses incarceratedées sont faciles à ramener vers en bas.

La cavité de la hernie est limitée, en avant, par le côlon transverse et le grand épiploon, en haut par l'estomac, le petit épiploon, une partie du lobe gauche du foie, en arrière par le pancréas et la paroi abdominale postérieure.

L'orifice est ovalaire et bordé par deux replis mésocoliques lisses, assez épais en arrière, minces en avant. Il mesure 8 cm. de largeur, sur 10 cm. de hauteur. Immédiatement la cavité sacculaire s'élargit et mesure 14 à 15 centimètres. Sa profondeur atteint 8 cm. 1/2.

L'orifice est situé au voisinage de l'angle duodéno-jéjunal, qui entre dans le sac.

Il s'agit donc d'une hernie mésocolique moyenne.

OBSERVATION III

LORIN-EPSTEIN

Hernie de tout le grêle dans un recessus sous-mésocolique.

Un homme de 57 ans est entré à la clinique pour un cancer du trigone vésical. Jugé inopérable, il avait été renvoyé.

Dès sa sortie, il tombe et meurt immédiatement dans une clinique où on l'avait transporté.

L'autopsie a été pratiquée : dès l'ouverture de l'abdomen, on constate que l'estomac, le foie, le côlon ont une morphologie et une topographie normales, et que tout l'intestin grêle, excepté la portion terminale de l'iléon (d'une longueur de 5 à 7 centimètres), à partir de la dernière portion du duodénum et de la fossette duodéno-jujénale, se trouve dans un sac membraneux uniforme, transparent et résistant. Le sac est hermétiquement clos de toutes parts, sauf l'ouverture ou la fente pour l'iléon. Cette ouverture est située à quelques centimètres de la ligne médiane et plus haut que l'abouchement habituel de l'iléon dans le cæcum.

L'iléon et tout le jéjunum peuvent être facilement évacués hors du sac, où il ne s'est produit aucune adhérence.

En partant de l'orifice d'entrée, le sac se soude avec la partie pariétale postérieure, suivant une ligne

qui monte un peu à gauche vers l'angle, entre la deuxième et la troisième portions du duodénum. De là, elle va vers le côlon transverse, et c'est là que le sac est immédiatement en rapport sur toute l'étendue de la moitié gauche du transverse et de la partie supérieure du côlon descendant. Ensuite le sac se dirige vers la partie médiane, en épousant de nouveau la paroi postérieure de l'abdomen ; il se soude au niveau de l'anse sigmoïde libre, et plus bas sur la face antérieure du sacrum, suivant de petites dentelures ; et il remonte en haut et à droite, finissant au niveau du bord inférieur de la fente. La paroi postérieure du sac est formée dans toute son étendue par la paroi abdominale postérieure, sur laquelle on ne signale pas d'anomalies. En haut et à gauche, le sac est limité par la partie postéro-inférieure du mésocôlon. La moitié gauche du côlon transverse et la partie supérieure du côlon descendant sont dépourvues d'épiploons : à leur place, il y a la membrane décrite ci-dessus. La moitié droite du côlon transverse possède un grand épiploon, assez court, qui s'étend vers en bas, à 5 à 10 centimètres. Les feuilletts péritonéaux qui vont de l'estomac au côlon transverse ne présentent aucune anomalie.

Ce cas, ajoute LORIN-EPSTEIN, qui pourrait être pris, à un examen rapide, pour une hernie de Treitz duodéno-jéjunale, n'a rien de commun avec celle-ci et possède une individualité très accusée.

OBSERVATOIN IV

LORIN-EPSTEIN

*Hernie de tout le grêle à travers une vaste brèche
mésocolique.*

A l'ouverture de l'abdomen d'une femme de cinquante ans, après une chute sur le sol, qui n'a laissé aucune trace d'anomalies, il apparaît que tout l'intestin grêle se trouve tout à fait libre dans un sac élastique, uniforme, mince mais résistant, qui possédait des deux côtés une ouverture péritonéale. L'exploration a montré que le côlon ascendant fixe est poussé dans la région hépatique avec le côlon transverse, également fixe et parallèle à lui comme les deux canons d'un fusil. En même temps le côlon transverse reste fixé à la paroi abdominale postérieure, et seul un orifice ovale, au niveau de l'abouchement de l'iléon, dans le cæcum, traverse le mésocôlon quelques centimètres au-dessus du promontoire, pour aboutir, en passant le long de la paroi postérieure, du côté gauche, cinq ou six centimètres au-dessus de l'arc costal, où il s'unit au côlon descendant, également fixé à la paroi postérieure. Tout l'épiploon est distendu d'une façon extraordinaire et transformé en une membrane forte, translucide et presque avasculaire, qui s'étend depuis l'estomac, en décrivant un repli qui occupe toute la largeur de la cavité abdominale et qui se replie d'avant en arrière en remontant, pour se fixer sur le côlon transverse et sur la partie supérieure du côlon ascendant. Seul au voisinage de l'estomac, il est à constater quelques restes de l'épiploon remplis de graisse. Dans ces sacs clos de toutes parts (à l'exception de l'orifice d'entrée semi-lunaire pour l'iléon), se trouve maintenant tout le jéjuno-iléon.

Dans le voisinage de la fente d'entrée et dans toute la membrane, il n'existait pas de vaisseaux importants. La racine du mésentère, le duodénum, le pancréas, ainsi que la face postérieure de la paroi abdominale n'ont montré rien de particulier. Le repli duodéno-jéjunal prenait naissance sur la paroi postérieure. Il manquait seulement le mésocôlon.

OBSERVATION V

ROMITI

Hernie transmésocolique étranglée, après extirpation antérieure de kystes hydatiques intra-abdominaux.

Un mécanicien de 26 ans entre à la clinique le 20 juin 1922.

Il accuse des douleurs abdominales plus marquées à gauche et apparaissant à intervalles plus ou moins espacés et depuis de longues années. Depuis deux ans, les douleurs sont plus rapprochées et plus vives, s'irradient dans la région dorso-lombaire et accompagnées de fatigue et d'anémie.

A l'examen de l'abdomen, on note la présence, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur, peu profonde, mal définie, du volume d'un poing, de forme irrégulièrement bosselée, de consistance dure, légèrement mobile, indolente. Dans la fosse iliaque gauche, on perçoit une tumeur analogue et symétrique à celle de droite. La ponction de la tumeur à travers la paroi antérieure du rectum, pose le diagnostic en ramenant du liquide de kyste hydatique.

Le 24 juillet, opération par le Professeur NIGRISOLI, sous anesthésie à l'éther. Enucléation de trois kystes

hydatiques : deux dans la fosse iliaque droite et le troisième au-dessus du côlon, à gauche, et légèrement adhérent à l'intestin. Incision et résection subtotale d'un autre kyste sous-ombilical et d'un cinquième, situé dans le pelvis. Marsupialisation de ces derniers. Suites opératoires simples.

Le 21 août, le malade accuse, dans la partie gauche de l'abdomen, de violentes coliques. Le lendemain, douleurs plus vives, par crises de plus en plus fortes. Arrêt des matières et des gaz.

Le 23, vomissements bilieux. Un lavement évacue quelques scyballes et des gaz. Petite amélioration.

Le 24, crise douloureuse accentuée, nausées vomissements. L'abdomen est ballonné en haut et à gauche. Au moment des coliques, la voussure est tendue, douloureuse, avec des mouvements péristaltiques.

Pouls : 104.

Le diagnostic d'iléus mécanique par adhérences post-opératoires est porté et on intervient le 25 août, sous anesthésie générale à l'éther.

Incision sur le bord du muscle droit, à gauche. Le péritoine contient un peu de liquide séreux. Des anses grêles distendues, congestionnées, en partie recouvertes par le grand épiploon, font issue hors du ventre. L'exploration avec une main introduite dans l'abdomen, ne permet pas d'établir quel est le siège et le type de l'obstacle, mais on constate que le gros intestin n'est pas distendu et que, de la portion la plus profonde du flanc gauche, on peut extraire une anse grêle vide, aplatie.

On commence alors à extérioriser l'intestin grêle dilaté et, comme il semble attiré et fixé profondément dans la loge sous-mésocolique, on attire également au dehors le côlon transverse, en cherchant à le re-

tourner vers en haut. On n'y parvient qu'avec peine, et l'exposition de la face inférieure de la moitié gauche du mésocôlon reste très limitée. Cependant un examen minutieux permet de constater que, de la portion moyenne du grêle, des anses pénètrent de bas en haut et d'avant en arrière, à travers une brèche du mésocôlon transverse, dans l'arrière-cavité des épiploons.

Par de légères tractions vers le bas sur les portions afférentes, on arrive assez facilement à attirer au dehors l'intestin engagé, car les bords de la brèche sont souples et ne l'enserrent pas étroitement. L'intestin, qui avait traversé la brèche mésocolique, malgré une torsion partielle, — il y en avait environ 1 m. 50, — ne présente pas de lésions graves. La loge sous-mésocolique ne montre aucune altération péritonéale récente ou ancienne. L'ouverture pathologique est située en plein mésocôlon, dans sa partie gauche, en dedans de l'arcade formée par l'anastomose de l'artère colique moyenne avec la colique gauche. Elle est située en dehors de la fossette péri-duodénale, elle a une forme arrondie et permet l'introduction de deux doigts ; ses bords sont lisses, blanchâtres, un peu épais, rigides et sans franges. Elle intéresse le mésocôlon dans toute son épaisseur et met en communication la grande cavité péritonéale avec l'arrière-cavité des épiploons. Elle ne paraît pas être en continuité avec un sac herniaire. L'état général du malade s'aggravant, afin de ne pas prolonger l'intervention, on renonce à fermer la brèche mésocolique et l'on se hâte de réduire les viscères extériorisés et de refermer le ventre en deux plans, sans drainage.

Les suites sont sans incidents.

Sorti de l'hôpital le 12 septembre en bon état, le malade a été revu plusieurs fois dans l'espace d'un an et demi. Il allait très bien.

II. — HERNIES TRANSMESOCOLIQUES
REMONTANT EN ARRIERE DE L'ESTOMAC
JUSQUE SOUS
LE LIGAMENT GASTRO-HEPATIQUE

OBSERVATION VI

LOMBARD

Hernie étranglée transmésocolique, après choc violent sur l'abdomen.

Le 19 mars 1921, un homme de 25 ans, vigoureux, a été heurté en plein ventre par le tampon d'une locomotive qu'il croyait arrêtée, alors que, penché en avant il voulait en lire le numéro. Il fait deux pas et tombe, terrassé par la douleur. Cinq heures après, il a un vomissement alimentaire. La douleur persiste toute la nuit, s'atténue le lendemain et disparaît dans la nuit suivante, qui est calme et durant laquelle le blessé émet des gaz.

Il est visité par le Professeur LOMBARD le surlendemain de l'accident, trente-six heures après celui-ci ; il n'y a ni nausées, ni vomissements. La région épigastrique est légèrement tendue, sensible à la pression, le reste de l'abdomen est souple. La matité hépatique est conservée. Les flancs ne contiennent pas de liquide. Le poulx, régulier, bien frappé, bat à 90. La température est à 37° 9.

On diffère l'intervention qui, la veille, eût paru indiscutable.

La nuit suivante, les douleurs reparaissent. A deux heures du matin, vomissement. A 9 heures, le ventre présente une défense musculaire nette dans toute la région péri-ombilicale. Aucun gaz n'a été émis depuis la veille, le pouls monte à 108.

On intervient séance tenante, sous anesthésie au kélène-éther, par laparotomie sus-ombilicale médiane. Le foie est indemne, un peu de sang arrive par l'hiatus de Winslow. Entre l'estomac et le côlon transverse, l'un et l'autre absolument intacts, une masse du volume d'une grosse noix verte, soulève l'épiploon avec lequel elle fait corps : légèrement tendue, presque rénitente, elle n'est point réductible. Sur elle, on incise et on décolle l'épiploon adhérent : on libère ainsi une anse grêle très ecchymotique portant sur son sommet une tache légèrement jaunâtre, large comme un franc, et, à sa base, un double sillon d'étranglement ; elle passe à travers une brèche du mésocôlon transverse, déchirure antéro-postérieure, siégeant à droite de la colique moyenne, intéressant à peu près la largeur du méso, mais respectant le dernier centimètre juxta-intestinal, et n'atteignant point le péritoire pariétal, qui bombe, soulevé par un hémato-me. Le grêle est réduit de haut en bas, à travers l'orifice mésentérique, et examiné : la portion herniée appartient à l'origine du jéjunum ; jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal, situé à environ 30 centimètres au-dessus d'elle, et fort loin au-dessous du second sillon d'étranglement, l'intestin est ecchymotique, infiltré, épaissi, manifestement contus et rempli de caillots qui crépitent sous le doigt.

La plaque jaunâtre que porte le segment hernié est

trop large pour être enfouie sous un surjet que rendrait d'ailleurs précaire l'état des tuniques intestinales ; elle est simplement couverte d'un fragment d'épiploon et abandonnée dans le ventre. La brèche mésocolique est exactement suturée et la paroi refermée en un seul plan, au fil métallique.

Les suites immédiates de l'intervention sont tout à fait favorables : les douleurs cessent, des gaz apparaissent, suivis de selles copieuses et noires.

Dans le cours de la troisième semaine après l'opération, le blessé maigrit, en dépit d'un appétit excellent et d'une alimentation surabondante. Ventre indolore et souple. Pouls à 100-110 ; température : 37°5.

Une fistule s'établit au milieu de la cicatrice et donne issue à un liquide tantôt clair, tantôt teinté de bile, apparaissant au cours de la digestion, et tendant à digérer le tégument sur lequel il se répand. Les trois repas journaliers sont remplacés par une série de prises alimentaires de trois heures en trois heures : la fistule est tarie et se ferme en une semaine.

En mai, la dénutrition ayant fait de rapides progrès, des vomissements se produisent, à trois reprises, copieux, liquides, teintés de bile. Pensant à une sténose haute du grêle, on opère, sous anesthésie locale : une boutonnière pratiquée sur le bord du grand droit, conduit sur une symphyse péritonéale qui, à l'épigastre, dans la région ombilicale, dans les flancs fusionne les anses entre elles et avec la paroi ; nulle part on ne trouve d'intestin libre. En différents endroits, on aperçoit des taches blanc jaunâtre, légèrement saillantes, et qui correspondent vraisemblablement à des taches de stéato-nécrose. Le blessé, absolument cachectique, succombe peu après.

L'hématome rétro-péritonéal constaté au cours de l'intervention correspondait certainement à un écrasement du pancréas : cet hématome a dû se rompre secondairement, provoquant au dehors l'apparition de suc glandulaire (fistule pancréatique rapidement tarie par un régime approprié), déterminant, d'autre part, une réaction péritonéale diffuse à caractère sclérosant, avec taches de stéato-nécrose.

OBSERVATION VII

LEFÈVRE

Hernie transmésocolique découverte au cours d'une intervention abdominale pour sténose pylorique par péri-gastrique.

Un cultivateur de quarante-deux ans est envoyé pour un syndrome typique de sténose pylorique. Ce malade souffrait depuis de longues années de douleurs tardives après les repas, alternées avec des sensations de brûlures gastriques, avec des intervalles de calme relatif prolongés de quelques jours à un mois.

Depuis un an, les périodes douloureuses se rapprochaient avec des vomissements fréquents et abondants, une altération profonde de l'état général, un amaigrissement de dix kilogrammes environ.

L'examen du malade permettait de constater, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, une sensation de résistance diffuse, profonde, fort douloureuse à la pression, répondant à une voussure occupant en masse toute la région épigastrique gauche, et que la percussion permettait a priori de reconnaître pour un estomac dilaté. La dépression brusque de l'estomac, la succussion, provoquant un clapotage très net, le

malade n'ayant rien absorbé depuis la veille au soir. L'examen du ventre ne révélait pas d'autre signe, notamment pas de contractions gastro-intestinales appréciables. Un tubage ramena environ trois litres de liquide nauséabond, sans trace de sang, contenant des débris d'aliments que le malade déclara avoir ingérés plusieurs jours auparavant. L'examen chimique de ce liquide donna une acidité de 3 pour 1.000 en HCl.

L'examen radiologique de l'estomac montra un organe très dilaté et descendu jusqu'à la ligne bi-iliaque, avec des contractions minimales, presque inexistantes, et stase très prolongée (le résidu restait très apparent le deuxième jour).

Il ne fut pas révélé de signes morphologiques d'ulcus, soit niche, soit biloculation, soit rigidité de la petite courbure. Les signes radiologiques nets de sténose pylorique laissèrent au second plan le transit intestinal, qui ne fut pas étudié.

L'intervention fut pratiquée le 25 septembre 1923, sous rachi-anesthésie (0 gr. 12 de scurocaïne en solution extemporanée, dans le liquide céphalo-rachidien) sans incidents.

Dès l'abdomen ouvert par laparotomie médiane sus-ombilicale, une masse apparut, constituée par de nombreuses anses grêles, recouvertes d'un voile uni, très transparent. L'estomac recherché au-dessus de ces anses grêles, sous le diaphragme, n'occupait pas son emplacement normal ; il fut découvert au-dessous de ces anses, vers l'hypogastre, ainsi que le transverse et le grand épiploon. Cette curieuse disposition demandait un examen plus précis. La presque totalité du grêle n'occupait pas l'étage sous-mésocolique de la cavité abdominale, mais, dès l'origine du jéjunum, remontait au-dessus du mésocôlon transverse

dans l'arrière-cavité des épiploons ; la dernière portion du grêle, un mètre environ, descendait dans l'étage sous-mésocolique, pour aller se jeter dans le cæcum en situation à peu près normale.

L'estomac, très dilaté et allongé, occupait la partie sous-ombilicale de l'abdomen, le pylore se continuant dans un duodénum fixé seulement dans sa première et la moitié de sa deuxième portion. La fin de la deuxième portion, la troisième portion du duodénum, l'angle duodéno-jéjunal, étaient non accolés ; de même la fin de l'iléon et le cæcum flottaient par un long méso dans la cavité abdominale. L'orifice mésocolique, dans lequel le grêle se herniait vers l'arrière-cavité des épiploons, occupait la partie moyenne du mésocôlon transverse, au niveau du passage du duodénum dans le jéjunum, à gauche des vaisseaux mésentériques et des vaisseaux coliques droits supérieurs. Cet orifice offrait environ huit centimètres de diamètre. Les anses grêles emplissaient en totalité l'arrière-cavité des épiploons, considérablement agrandie, et se recouvraient sur leur face antérieure du petit épiploon étiré, aminci et transparent. Quelques adhérences unissaient par places les anses grêles entre elles, dans cet immense sac.

Restait à rechercher la cause de la sténose pylorique : elle fut trouvée sous la forme d'un bloc de péri-gastrite, d'origine apparemment ulcéreuse limitée, sans ganglions de voisinage, englobant la région juxta-pylorique de l'estomac et faisant adhérer intimement cette région avec les éléments du voisinage. Cette masse était toutefois éloignée de plusieurs centimètres du mésocôlon transverse et, par conséquent, de l'orifice anormal que présentait ce dernier et qui donnait passage à la hernie du grêle.

On résolut alors de n'effectuer qu'une intervention minima : de pratiquer une simple dérivation par gastro-entérostomie ; mais la topographie atypique du tractus intestinal rendait cette opération mécaniquement impossible d'emblée. Il fallait auparavant faire réintégrer au grêle l'étage inférieur. Mais ce grêle ne descendant pas facilement, à cause des adhérences contractées dans l'arrière-cavité des épiploons, on dut effondrer le petit épiploon, afin de libérer ces adhérences. Les anses grêles réduites, on put aisément faire une gastro-entérostomie transmésocolique, au point déclive, en profitant de la brèche mésocolique pour attirer le cône gastrique. On rétrécit l'orifice mésocolique par quelques points au catgut.

Les suites opératoires furent satisfaisantes, sauf une sécrétion gastrique importante pendant les deux ou trois premiers jours, qui céda à un lavage d'estomac. Le malade, levé le quinzième jour, quitta la clinique, très amélioré.

Deux ans après l'intervention, l'alimentation est aussi satisfaisante que possible ; les troubles digestifs ont disparu, l'état général ne laisse rien à désirer, et le malade effectue sans gêne son dur travail de cultivateur.

OBSERVATION VIII

MAYO

*Hernie transmésocolique rétro et supra-gastrique. —
Ulcus duodénal.*

Mrs S..., âgée de 32 ans. Son histoire de troubles gastriques remonte à quelques vingt-cinq ans. Enfant, elle avait eu des accès de douleurs épigastriques, s'ir-

radiant dans le dos et associés à une grande distension et à de fréquents vomissements. Ces accès n'avaient pas de relation constante avec les repas et leurs intervalles variaient beaucoup en durée, ayant atteint une fois quatre ans.

Récemment, l'état s'aggrava, les crises furent plus fréquentes et la douleur fut souvent tellement forte qu'on dût recourir à la morphine. La malade, pour calmer sa douleur, buvait de grandes quantités d'eau, qui amenaient un vomissement, contenant toujours des particules d'aliments. L'estomac, extrêmement dilaté, contenait des restes d'aliments après quatorze heures.

Le repas d'épreuve d'Ewald montra une acidité libre modérée, et du sang caché, mais insignifiant, vue la grande rétention.

La malade fut opérée le 5 décembre 1908, à l'Hôpital Sainte-Marie. A l'ouverture de l'abdomen, par une incision au-dessus de l'ombilic, une tumeur particulière, au-dessus de l'estomac, se présenta, comme une masse de hernie, derrière l'épiploon gastro-hépatique, tendu, déprimant l'estomac de telle façon que la petite courbure était sur une ligne avec l'ombilic et que la grande courbure arrivait au pubis. Relevant l'estomac, l'épiploon et le côlon transverse, on trouva une ouverture dans le mésocôlon transverse de quatre pouces de diamètre, et, au point où l'on fait habituellement l'ouverture pour la gastro-entérostomie postérieure, c'est-à-dire dans la portion avasculaire en face du ligament de Treitz. A travers cette ouverture, cinq pieds environ du jéjunum étaient entrés et passés derrière l'estomac, emportant le péritoine du mésocôlon transverse au-devant d'eux, comme un sac, dont le solide anneau était à la boucle de l'artère colique moyenne. Le sac passait derrière l'estomac,

pressant et poussant en avant l'épiploon gastro-hépatique, comme un sac plus extérieur. Ces deux structures s'étaient soudées, oblitérant la petite cavité du péritoine, à ce point, sur une surface de la dimension d'un dollar d'argent environ. L'estomac était prolapsé et dilaté de telle sorte qu'il remplissait presque l'abdomen entier et le pelvis, et rempli aux trois quarts d'aliments et de liquides, qui furent rejetés durant l'opération.

Il y avait un ulcère de la première portion du duodénum, qui avait perforé à la partie postérieure et était devenu adhérent à la tête du pancréas. Le sac fut fermé par des sutures au fil de lin à la paroi postérieure de l'estomac et une gastro-entérostomie postérieure fut pratiquée.

La convalescence se fit sans interruption. La malade gagna du poids, à raison d'une livre par jour, pendant les vingt-deux premiers jours.

III. — HERNIES TRANSMESOCOLIQUES

AVEC ISSUE DES ANSES GRELES

HORS DE L'ARRIERE-CAVITE DES EPIPLOONS

OBSERVATION IX

CAIRE

Hernie transmésocolique découverte au cours d'une hystérectomie.

La malade J. V..., 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour métrorragies et est opérée d'hystérectomie totale avec le diagnostic d'utérus fibromateux et col métritique. Laparotomie médiane sus-ombilicale.

D'emblée, on est gêné par le météorisme du cæcum, très libre, se déplaçant jusqu'à la ligne médiane, et d'une partie du côlon pelvien, distendue elle aussi. Ces deux organes sont péniblement refoulés avec des compresses, mais, par contre, on a la satisfaction temporaire de ne pas apercevoir l'intestin grêle. L'hystérectomie totale est facile. La protection opératoire retirée, l'épiploon est recherché pour être étalé au-devant des anses grêles. C'est en exécutant cette manœuvre que l'on se rend compte des anomalies existantes : l'anse pelvienne est longue : 70 à 80 centimètres, distendue, avec un méso épais, scléreux par places et cependant très haut. Elle s'engage dans un orifice anormal du mésocôlon transverse, pénètre dans l'arrière-cavité, effondre le ligament gastro-colique et retombe en avant du côlon transverse, dans la cavité abdominale.

L'orifice méso-colique est situé entre l'artère de l'angle hépatique à droite, l'artère du côlon transverse à gauche, l'origine de ces artères en arrière et en haut, l'arcade juxta-marginale en avant. En forme de raquette à manche postéro-supérieur, il admet un poing d'adulte. Les bords sont vasculaires, nulle part il n'existe, à ce niveau, de bordure séreuse.

L'anse pelvienne ressort très vite de l'arrière-cavité par un orifice gastro-colique, mais qui, contrastant avec le précédent, est avasculaire, irrégulier et donne l'impression d'avoir été effondré.

Par ailleurs, le mésocôlon est normal, les angles coliques sont en place. Mais, presque toutes les anses grêles, aidées par la position déclive de la malade, ont glissé dans l'arrière-cavité, où elles se sont amoncées, mais sont restées libres. Le ligament gastro-colique, la région pyloro-duodéno-vésiculaire sont nor-

maux, autant que l'on peut en juger par un examen rapide, en tout cas libres d'adhérences.

On fait exécuter au côlon pelvien le trajet inverse de celui qu'il a effectué et sans aucune difficulté, on se prépare à en faire autant pour le grêle, tout en étant très embarrassé pour la fermeture de la vaste brèche péritonéale.

A ce moment, la malade donne des signes de défaillance, le grêle est laissé en place, l'intervention est rapidement terminée.

Les suites opératoires ont été simples. L'évacuation du contenu intestinal n'a été troublée à aucun moment.

Revue deux mois après, la malade est en assez bonne santé.

OBSERVATION X

GODARD ET SMITH

Hernie transmésocolique à symptomatologie d'occlusion intestinale après gastro-entérostomie.

M... E..., âgé de 34 ans, entre à l'Hôpital Cochin le 15 décembre 1928. D'abord hospitalisé en médecine, pour troubles gastriques subaigus, il subit divers examens, notamment une radioscopie de l'estomac, qui conclut à une stase duodénale, et, le 10 septembre 1928, on pratiqua une gastro-entérostomie pour troubles gastriques.

Après une amélioration, le malade présente, à nouveau, des troubles stomacaux avec douleurs, vomissements bilieux abondants.

La radioscopie pratiquée à ce moment, permet de constater un estomac allongé, avec liquide résiduel,

et une dislocation pyloro-duodénale. La bouche de la gastro-entérostomie ne semble pas fonctionner ; on note une stase duodénale et un angle duodéno-jéjunal remonté au-dessus de la petite courbure.

Le malade est opéré par Pierre DELBET.

Après l'ouverture de la paroi abdominale, presque toute la masse des anses grêles fait immédiatement saillie, dérobant à la vue de l'opérateur, le côlon transverse, son épiploon et l'estomac. On relève la masse du grêle et, sous elle, on identifie le côlon transverse et son méso. Dans ce méso, on aperçoit une brèche et, à travers celle-ci, l'anastomose jéjuno-stomacale primitive. L'intestin grêle est passé à travers cette brèche et s'est tordu sur lui-même d'un demi-tour : les anses grêles, soulevées d'un côté vers la brèche transligamentaire gastro-hépatique, sont tirées doucement de l'autre par la brèche transmésocolique, jusqu'à réduction complète du tractus intestinal. Il est à noter que, si l'on cesse la traction sur une anse grêle, celle-ci est aussitôt aspirée dans l'arrière-cavité.

On n'a pas trouvé trace d'ulcus duodéno-pylorique, ni d'ulcus peptique sur la bouche anastomotique ancienne.

L'orifice transmésocolique fut soigneusement fermé : les suites opératoires furent satisfaisantes et le malade pouvait quitter l'hôpital le 15 janvier 1929, dix-huit jours après son opération, en excellent état.

OBSERVATION XI

W. MAYO

Hernie transmésocolique du grêle, qui ressort par un orifice du petit épiploon. — Ulcus duodénal.

Mme K..., âgée de 59 ans, aurait eu, durant les cinq dernières années, des accès de grave « indigestion » : douleur épigastrique à allure de crampes, venant une demi-heure à une heure après les repas, atteignant son maximum trois ou quatre heures après. Cette douleur était accompagnée de gaz, d'aigreurs et de brûlantes éructations. La malade vomissait fréquemment de grandes quantités d'aliments non digérés, quelquefois bariolés de taches de sang, quand le vomissement était grave. Plusieurs fois, elle avait vomi des aliments qu'elle reconnaissait avoir ingéré une semaine avant. Ses intestins étaient irréguliers et elle souffrait beaucoup de flatulence et, occasionnellement, de crampes générales de l'abdomen. Elle avait beaucoup perdu de poids, de force et d'appétit et était émaciée quand elle se présenta, elle-même, à la consultation.

A l'examen, on trouvait un péristaltisme marqué et visible sur tout l'abdomen, et une particulière plénitude et résonance à la partie supérieure de cet abdomen. L'air de la dilatation montrait l'estomac ptosé jusqu'au-dessus du pubis. L'estomac contenait des restes d'aliments quatorze heures après. L'examen du contenu, après le repas d'épreuve d'Ewald, montrait une acidité totale, 75 ; HCl libre, 65 ; et HCl combiné, 10. A ce moment-là, il n'y avait aucune trace de sang, ni dans le contenu de l'estomac, ni dans les fèces. L'anémie marquée était maintenant une simple forme secondaire.

De l'histoire racontée par la malade, et de l'examen physique, il résulte qu'il y avait à ce moment une obstruction pylorique, probablement due à un ulcère s'étendant près de la sortie de l'estomac, et une exploration fut conseillée.

L'opération fut pratiquée à l'Hôpital Sainte-Marie, le 30 mai 1908. L'abdomen fut ouvert par une incision médiane au-dessus de l'ombilic, et l'intestin distendu vint, aussitôt, à la vue. L'estomac était complètement couvert par l'intestin grêle. Le mésentère fut suivi jusqu'à une ouverture dans l'épiploon gastro-hépatique, qui admettait l'iléon et le jéjunum à passer au-dessus et au-devant de l'estomac. A la réduction, on trouva une énorme déchirure de l'épiploon mésocolique, à travers laquelle l'intestin grêle tout entier, à l'exception des trois premiers pouces et du pied terminal, et tout le mésentère étaient passés dans l'arrière cavité des épiploons, derrière l'estomac, et sortis à travers une seconde ouverture dans l'épiploon gastro-hépatique. L'ouverture dans le mésocôlon était à l'endroit exact où ce méso est fendu pour permettre la gastro-entérostomie postérieure, et étendue jusqu'à l'anneau de l'artère colique moyenne.

Ces ouvertures dans le mésocôlon et dans l'épiploon gastro-hépatique avaient environ cinq pouces de diamètre, et les bords étaient ronds et lisses, condition évidente de leur ancienne présence. Il n'y avait pas de péritoine ou de sac comme limites. Quatre pouces à partir de l'origine du jéjunum, formaient un sillon où l'intestin surplombait la petite courbure de l'estomac. Après la réduction, l'ouverture herniaire fut close par la suture des bords, avec un fil de lin, à la paroi postérieure de l'estomac.

Il y avait un large ulcère du duodénum, s'étendant

jusqu'au pylore, adhérent derrière et faisant obstruction. On fit une gastro-jéjunostomie postérieure.

La malade fit une excellente convalescence et quitta l'hôpital le onzième jour.

OBSERVATION XII

HEANEY et SIMPSON

Hernie transmésocolique de l'intestin grêle en totalité ayant franchi le ligament gastro-hépatique, découverte au cours d'une opération pour estomac bis-saculaire.

Une femme de 52 ans est admise à « The Northern Hospital », de Liverpool, en décembre 1921, venant d'un hôpital de tuberculeux. Elle souffrait de l'estomac depuis son enfance. Douze mois auparavant, elle avait ressenti une douleur subite et vive à l'estomac, et commençait à souffrir d'indigestion d'une façon plus marquée. Quelquefois elle vomissait, et la nuit, elle rejetait un peu de nourriture, avec un goût acide et amer.

A l'examen, elle est très émaciée et son abdomen montre deux tumeurs, une à la partie supérieure et gauche, l'autre, à droite, au niveau de l'ombilic. On voit des mouvements péristaltiques allant de la tumeur gauche à celle de droite. Les replis du petit intestin occupaient apparemment l'espace compris entre les deux tumeurs.

A l'opération, on vit que les tumeurs étaient les deux parties d'un estomac bissaculaire. On décida une gastro-entérostomie sur la partie supérieure, avec l'intention de réséquer ultérieurement la partie inférieure. En relevant le côlon pour la gastro-entérostomie postérieure, on ne trouva pas l'intestin grêle à

sa place normale. La partie terminale seule était aperçue et identifiée : elle filait verticalement en droite ligne à travers le mésocôlon. L'intestin grêle émergeait ensuite du ligament gastro-hépatique et retombait « en cascade ». L'estomac et le côlon étaient très prolabés. L'intestin grêle fut facilement ramené à sa place normale ; et la gastro-entérostomie fut faite. La malade fit une excellente convalescence et sortit en janvier. En mars, la résection du sac pylorique devait être faite ; mais la présence de bacilles dans les crachats et la faiblesse du cœur firent différer cette opération. La malade mourut en novembre de la faiblesse cardiaque.

A l'autopsie, on trouva toujours l'estomac bissaculaire, l'intestin grêle à sa place normale ; mais on ne releva sur l'estomac aucun signe d'ulcère ni de cicatrice d'ulcère. Cependant, il y avait une ulcération duodénale. La malade avait gagné du poids et se nourrissait bien mieux qu'antérieurement à l'opération.

OBSERVATION XIII

HEANEY et SIMPSON

Hernie transmésocolique de l'intestin grêle en totalité, ayant franchi le ligament gastro-colique, découverte au cours d'une intervention pour ulcère de la face postérieure de l'estomac.

Une femme, âgée de 38 ans, est vue pour la première fois en août 1923. Elle présente une histoire de troubles digestifs depuis 16 ans. Dix-huit mois auparavant, elle avait eu une grosse hémorragie gastrique, et était restée au lit pendant cinq semaines. Dans la suite, elle

se couchait de temps en temps pour calmer sa douleur.

Pendant les six dernières semaines, elle vomissait après les repas, quand elle essayait de marcher. Elle souffrait de constipation depuis des années.

A l'examen, elle est très émaciée ; elle a un très long thorax, du type infantile de ptose viscérale. L'abdomen est sensible à la pression, particulièrement dans la région épigastrique.

L'examen aux rayons X montre un estomac bissaculaire, et une ptose de l'estomac et du gros intestin : le côlon transverse descend jusque dans le pelvis.

A l'opération, on aperçoit les anses grêles émergeant d'une large ouverture transversale du ligament gastro-colique ; au-dessus de cette brèche, il y a l'estomac bissaculaire ; dans le pelvis se trouve le côlon transverse, placé derrière les anses grêles. Le grand épiploon a disparu, représenté seulement par quelques taches de tissu graisseux, qui forme adhérences dans le cul-de-sac de Douglas. Ces adhérences sont facilement sectionnées. Le côlon transverse est relevé et les anses grêles repassent sans difficultés à travers la brèche gastro-colique d'abord, mésentérique ensuite.

Le sac inférieur de l'estomac portait un ulcère qui, placé sur la paroi postérieure, érodait le pancréas. Cette partie de l'estomac est réséquée et l'opération est terminée par un Polya antérieur ; les restes du grand épiploon sont suturés à l'épiploon gastro-hépatique.

La guérison s'en suivit ; la constipation et les troubles gastriques avaient cédé.

IV. — HERNIE TRANSMESOCOLIQUE DE HAUT EN BAS

OBSERVATION XIV

SOHN

Hernie transmésocolique de l'estomac

SOHN rapporte un cas qui a été opéré par le Professeur FRITSCH.

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, qui avait été amenée à l'hôpital dans un état général déplorable, accompagné de troubles intestinaux évidents : vomissements, arrêt des matières, douleurs. La peau de l'abdomen n'était pas enflée et il n'y avait pas de contracture musculaire abdominale. A gauche, dans la région basse de l'abdomen, se trouvait une tumeur intra-abdominale arrondie, de la grosseur d'une pomme, bien palpable et bien délimitée. L'examen vaginal bimanuel ne laisse pas sentir un pédicule. Cependant, on a pensé à un kyste ovarien à pédicule tordu, avec accolement du grêle, qui a été obstrué par le fait de la torsion du pédicule. La malade a été opérée. Une laparotomie médiane, passant au-dessus et au-dessous de l'ombilic a été pratiquée. La tumeur, sentie auparavant, est apparue comme la partie pylorique de l'estomac bissaculaire, fortement congestionnée, et située au-dessous du mésocôlon transverse. Le côlon transverse passait au niveau du rétrécissement de l'estomac, dont la partie cardiaque, moins congestionnée, était située un peu au-dessus du côlon. La partie pylorique est donc descendue à

travers l'orifice siégeant sur le mésocôlon transverse. En même temps, les bords sont adhérents à l'estomac de toutes parts. La partie pylorique a subi une torsion suivant son axe de 180° et même la grande courbure était tournée à droite : ainsi, on pourrait supposer un volvulus infracolique antérieur.

Après la détorsion, il était impossible de faire remonter la portion pylorique vers en haut et de faire descendre la portion cardiaque en bas. Il ne restait plus qu'à assurer le transit intestinal par une gastro-entérostomie (avec la portion cardiaque).

La malade meurt quelques jours après l'opération. La nécropsie n'a pu être pratiquée.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Il paraît bien difficile d'établir l'origine des hernies transmésocoliques et, on le verra, diverses théories s'affrontent, qui prétendent expliquer leur formation.

Quelle en est du moins la *fréquence*

Ces hernies sont assez rares. En 1917, REINHARDT en pouvait colliger 30 observations. LOMBARD, en 1923, faisait état, à l'occasion de son observation, de 28 observations antérieures. En 1925, HEANEY et SIMPSON mentionnent 21 cas. Enfin, dans leur récent travail, GODARD et SMITH, en 1929, estiment à une cinquantaine de cas le nombre de hernies transmésocoliques publiées, nombre que deux ans auparavant ROMITI évaluait à 43.

Si nous tenons compte des cas de STEINKE et de ceux de LORIN-EPSTEIN, en 1932, nous pouvons supposer qu'avec notre observation, il n'y a guère plus d'une soixantaine de cas signalés dans la littérature.

Les hernies transmésocoliques s'observent à tout âge, mais surtout à l'âge moyen de la vie. Une observation de PRINGLE a trait à un enfant de cinq ans.

En ce qui concerne le *sexe*, il semble que les femmes soient plus souvent atteintes que les hommes.

Comment expliquer le mécanisme de formation de ces hernies si rares ?

A ce sujet, beaucoup de théories ont été émises. Nous pensons pouvoir les réunir sous quatre chefs principaux :

1. La brèche mésocolique d'abord et la hernie ensuite, seraient dues à un traumatisme accidentel ou opératoire.

2. L'orifice dans le mésocôlon aurait pour origine une lésion agissant à distance par irritation.

3. L'orifice serait congénital.

4. La fenêtre mésocolique n'apparaît qu'ultérieurement à la naissance, au niveau de recessus congénitalement plus faibles.

1. — *Théorie de l'origine traumatique.*

Il va sans dire que seule la lésion opératoire est en cause dans les hernies par la brèche insuffisamment fermée du mésocôlon après gastro-entérostomie postérieure. C'est donc une véritable faute de technique qui est à l'origine de la hernie. Celle-ci n'est en somme qu'une complication post-opératoire plus ou moins tardive de la gastro-entérostomie.

Il n'en est pas de même dans l'observation de Pierre LOMBARD, qui est particulièrement démonstrative : un employé de chemin de fer est heurté par le tampon d'une locomotive ; opéré quelques jours plus tard, il

présentait une hernie étranglée transmésocolique ; on la réduit et on suture le mésocôlon.

LOMBARD, qui avait étudié la question au sujet de son observation, dit cependant que ces hernies transmésocoliques traumatiques sont extrêmement rares. La déchirure du mésentère est assez fréquente, mais la déchirure du mésocôlon est tout à fait exceptionnelle. Cette théorie peut bien expliquer le cas de Lombard, mais ne peut, en aucune façon, être retenue pour expliquer le type général des hernies transmésocoliques.

Le traumatisme opératoire pourrait jouer un certain rôle dans la production de cette variété de hernies. Tout en laissant complètement de côté la question des hernies transmésocoliques consécutives à une gastro-entérostomie, nous voulons cependant relever le fait que le malade de ROMITI présenta, après l'opération qui le délivra de ses kystes hydatiques, des troubles graves, indiquant une nouvelle intervention. On ouvrit et l'on découvrit une hernie transmésocolique. L'origine de cette hernie pourrait bien être dans le traumatisme opératoire antérieur ; mais cette théorie ne répondrait qu'au cas exclusif de ROMITI.

2. — *Théorie de l'origine pathologique.*

LOMBARD, frappé par le fait que 18 fois, sur 28 observations, la hernie transmésocolique et un ulcus gastrique ou duodénal existaient, avait admis d'hypothèse que la lésion ulcéreuse pouvait avoir une influence sur la formation de la brèche mésocolique. L'ulcération gastrique agirait par ses adhérences et par l'expansion de son processus inflammatoire.

Cet argument de la fréquente coexistence des deux lésions ne nous paraît pas avoir une grande valeur :

la plus grande partie de ces hernies sont des découvertes imprévues, lors d'opérations faites pour une toute autre cause et, parmi ces causes, l'ulcère de l'estomac est naturellement de beaucoup la plus fréquente. Comment établir une relation entre un ulcère de la petite courbure haut situé, à réaction limitée et une brèche à travers le mésocôlon ?

On ne peut admettre cette théorie pour expliquer tous les cas de hernies transmésocoliques.

3. — *Théorie de l'origine congénitale.*

FEDERSCHMIDT soutient cette théorie : pour lui, les orifices dans la partie moyenne du mésocôlon se développent pendant la période fœtale par l'action de forces mécaniques sur une région du mésocôlon moins résistante, par suite de circonstances anatomiques spéciales ; la pression des anses distendrait peu à peu le méso et finirait par le perforer. Le cas de CAIRE, que nous rapportons précédemment, semble illustrer cette théorie : en effet, dans cette observation, la régularité de la brèche mésocolique, la souplesse de ses bords et du reste du mésocôlon transverse semblent s'opposer à la théorie de l'influence d'une ulcération gastrique et intervenir en faveur de la théorie congénitale : la coexistence d'un cæcum mobile, d'un dolicho-côlon, évoquent immédiatement l'idée d'une malformation congénitale comme la brèche mésocolique concomitante.

GODART et SMITH citent à l'appui de cette théorie deux cas rapportés de PRINGLE concernant un enfant de cinq ans qui, entre autres anomalies, avait un mésocôlon transverse incomplètement développé, se terminant à l'arche des artères coliques et un autre enfant de 5 mois qui présentait un très large espace

compris entre les artères coliques gauche et moyenne et obturé par une frange péritonéale qui pendait du mésocôlon transverse à la façon d'un court mésentère.

Cette théorie n'est pas dépourvue de tout fondement et mérite d'être retenue pour expliquer certaines hernies transmésocoliques.

4. — *Théorie de la prédisposition congénitale ne se manifestant qu'ultérieurement sous certaines causes.*

C'est REINHARDT qui défend cette théorie. Pour lui, ces hernies seraient dues au fait qu'il existe dans le mésocôlon transverse des recessus, ou enfoncements localisés où le mésocôlon est congénitalement plus faible. A ce niveau l'intestin grêle, sous l'action de la pression abdominale pénètre petit à petit dans l'arrière-cavité des épiploons. REINHARDT cite, à ce propos, plusieurs observations où sans trouver de hernies on a constaté ces recessus, ces enfoncements, qu'il nomme recessus mésocolicus medius, transversus, ou sinister suivant la situation qu'ils occupent. Le recessus le plus fréquent se trouverait un peu à gauche de la partie médiane du mésocôlon, dans une zone peu vascularisée, mince et transparente, entre l'artère et la veine mésocoliques médianes d'une part et l'artère et la veine mésocoliques gauches d'autre part. Le mésocôlon plus fragile dans ces diverses zones se romprait sous la poussée des anses grêles et permettrait le passage de celles-ci dans l'arrière-cavité des épiploons. REINHARDT réfute la théorie congénitale par le fait que, dans ses laparotomies ou autopsies il n'a jamais trouvé un orifice préexistant dans le mésotransverse et pouvant servir de porte

d'entrée à une hernie. Ce même auteur affirme que tous les orifices, dans le mésocôlon sont dus à des perforations secondaires d'un recessus ou d'un sac herniaire préformé.

Cette théorie paraît, mieux que tout autre, expliquer la genèse de la hernie transmésocolique du malade dont nous donnons l'observation en tête de notre travail. Cet homme n'avait eu aucun traumatisme ; il n'était porteur d'aucune lésion ulcéreuse soit gastrique, soit duodénale ; il ne présentait aucune autre malformation qui aurait pu expliquer l'origine congénitale de sa brèche mésocolique. C'est certainement la rupture d'un recessus siégeant dans la zone indiquée par REINHARDT, à gauche de la colique moyenne qui a provoqué chez notre malade la hernie transmésocolique.

Le mésocôlon est perforé ; il est alors aisé de comprendre que soit sous l'influence de la poussée abdominale, soit sous l'influence de l'aspiration diaphragmatique, l'intestin grêle glisse à travers cet orifice et vienne se loger dans l'arrière cavité des épiploons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelles sont les lésions que l'on peut observer en présence d'une hernie transmésocolique ?

A. — LA BRÈCHE MÉSOCOLIQUE

L'*orifice herniaire* siège le plus souvent sur le mésocôlon, et dans sa partie *gauche*.

Sa *forme* est variable : arrondie, elliptique ou triangulaire.

Ses *dimensions* sont habituellement assez importantes. Si dans le cas de ROMITI, dans celui de LORIN-EPSTEIN, l'orifice admettait deux doigts, il était dans notre observation large comme la paume de la main ; dans le cas de LEFEBVRE son diamètre mesurait 8 cm. et l'on cite des cas où la brèche était plus importante encore.

Ses *bords* sont tantôt souples, minces, lisses, tantôt épais, durs et rigides.

Dans le cas inédit que nous rapportons au début de notre thèse, la solution de continuité siégeait dans le mésocôlon transverse et formait une large fenêtre située sur le bord gauche de la colique moyenne à quelques millimètres de celle-ci et bordée par un épaississement que l'on prit d'abord pour un vaisseau mais qui, en réalité était avasculaire.

LOMBARD signale dans son observation, une fente du mésocôlon antéro-postérieure siégeant à droite de la colique moyenne.

LEFEBVRE dit que l'orifice mésocolique siégeait à gauche des vaisseaux mésentériques et des vaisseaux coliques droits supérieurs. L'orifice herniaire, dans l'observation de CAIRE, était situé entre l'artère de l'angle hépatique à droite, l'artère du colon transverse à gauche, l'origine de ces artères en arrière et en haut, l'arcade juxta marginale en avant ; il avait une forme de raquette à manche postéro-supérieur et admettait un poing d'adulte.

MAYO signale la brèche mésocolique à l'endroit exact où ce méso est fendu pour permettre la gastro-entérostomie postérieure s'étendant jusqu'à l'anneau de l'artère colique moyenne.

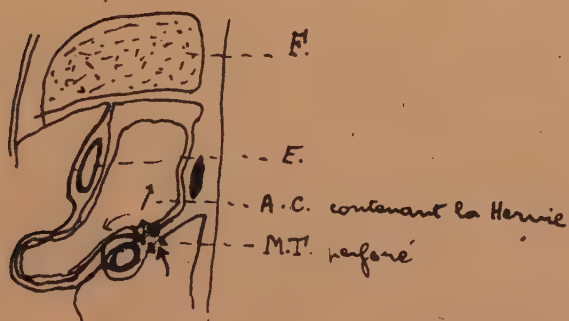
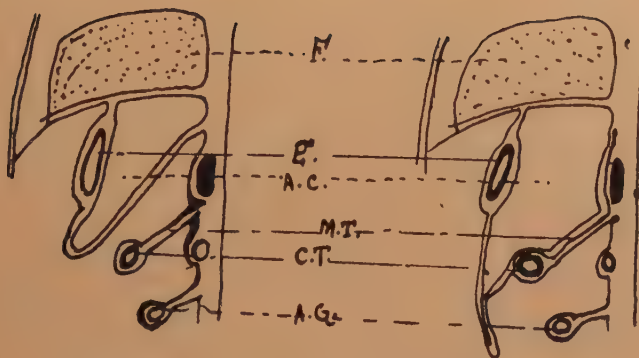
En général, l'orifice est situé à la base du mésocôlon transverse et, quand l'intestin est remis en place dans la grande cavité péritonéale, la partie inférieure de la brèche se trouve au contact de l'angle duodéno-jéjunal. C'est au moins ainsi que les choses se passaient très nettement dans notre cas.

LA HERNIE PROPREMENT DITE.

1. — *Comportement de l'Intestin vis-à-vis du mésocôlon.*

On sait que le mésocôlon, chez l'adulte, se compose de différents feuillets péritonéaux accolés ainsi que nous l'explique le développement embryologique :

A un certain stade d'évolution, il se forme à gauche de l'estomac une sorte de bourse dont le bord libre, primitivement vertical, s'incline de plus en plus par



1 - 2. — Schéma de la formation embryologique des feuillets du mésocolon.

3. — Schéma de la hernie avec sac formé par un feuillet du mésocolon.

F) Foie ; E) Estomac ; A. C.) Arrière cavité ; M. T.) Mésocolon transverse ; A. G.) Anses grêles.

suite de l'inflexion à droite de l'extrémité inférieure de l'estomac et finit par devenir horizontal : c'est le grand repli gastro-colique, aux dépens duquel se formera le grand épiploon.

La cavité comprise entre les deux feuillets du repli gastro-colique représente la cavité des épiploons : elle se prolonge naturellement en arrière de l'estomac (*arrière cavité des épiploons*), et communique à droite de cet organe avec le restant de la cavité péritonéale par un orifice, assez large au début, situé au-dessous du bord inférieur du mésogastre antérieur (*Hiatus de Winslow*). En continuant à s'allonger, le repli gastro-colique descend en avant du mésocôlon transverse, sans contracter au début aucune adhérence avec ces parties, mais bientôt le feuillet postérieur qui contient dans son épaisseur le pancréas, s'accole en arrière à la paroi postérieure de l'abdomen, puis au mésocôlon transverse et enfin au côlon lui-même (4^e mois).

Plus tard, les deux feuillets du tablier du grand épiploon se soudent ensemble et l'arrière-cavité s'arrête au niveau du côlon transverse.

Dès lors, deux éventualités anatomiques peuvent être envisagées :

1) L'intestin grêle refoule devant lui le mésocôlon transverse dont il se coiffe comme d'un véritable sac, composé soit de tous les feuillets mésocoliques accolés, soit de l'un d'eux.

2) L'intestin grêle passe dans l'arrière cavité des épiploons par une brèche faite à l'emporte-pièce à travers la totalité des feuillets du mésocôlon.

Dans le premier cas, il s'agit d'une véritable hernie qui comporte *un sac* et l'intestin grêle en refou-

lant anormalement vers le haut le mésocôlon reste cependant *sous-mésocolique*.

Dans le second cas, le terme de hernie est tout à fait impropre : il s'agit seulement de l'admission à travers un orifice pathologique plus ou moins serré ou large du mésocôlon de l'intestin grêle anormalement déplacé.

REINHARDT, dans une terminologie bien peu explicite désigne la première variété sous le nom de *Hernia mesocolica media* ; il n'en cite que 5 observations (HUGUES, ENDERLEN et GASSER 2 cas, MAYO, REINHARDT). Il nomme la seconde variété *Hernia bursae omentalis mesocolica* et en relate 25 cas dont 2 observations personnelles recueillies au cours d'autopsies.

Nous croyons pouvoir ne pas conserver cette division. Il nous semble en effet, très difficile, surtout dans les cas observés au cours d'interventions, de se rendre compte exactement de la disposition de l'orifice mésocolique et des différents feuillets, de leur accolement ou de leur non accolement. De sorte que, par exemple, dans le cas inédit qui a été le point de départ de notre étude, il nous serait malaisé de préciser si la brèche mésocolique était une fenêtre complète à travers les 3 feuillets du mésocôlon ou si l'intestin avait refoulé ces feuillets accolés en un véritable sac jusqu'au ligament gastrocolique.

Nous pensons donc que la discussion de la nature exacte du processus anatomique est donc assez stérile. Au reste, il y a dans le plus grand nombre de cas *apparence de l'existence d'un sac*, puisque le grêle emmagasiné dans l'arrière cavité paraît recouvert de toute part par une enveloppe péritonéale.

Il en était manifestement ainsi dans notre observation I.

A l'ouverture de l'abdomen de notre malade, en soulevant l'estomac, on attirait vers en haut non un grand épiploon normal, mais une membrane transparente en toile d'araignée, parsemée de vaisseaux grêles très visibles mais ne présentant aucun élément graisseux. Elle s'étendait de la grande courbure de l'estomac au côlon transverse et représentait évidemment le ligament gastro-colique.

Cette membrane translucide, était extrêmement élastique et résistante à la fois. Par tractions sur elle on voyait remonter vers le haut, les anses grêles sous-jacentes. On avait l'impression d'une véritable poche contenant la totalité du grêle, et s'étendant de l'estomac au côlon transverse refoulé vers le bas. En réalité il est très vraisemblable que sa limite supérieure remontait en arrière de l'estomac jusqu'au-dessous du petit épiploon.

LORIN-EPSTEIN décrit longuement le sac des hernies qu'il rapporte, comme formé par le grand épiploon et le ligament gastro-colique.

MAYO signale, dans une de ses observations, que l'intestin grêle arrivait au-dessus de l'estomac et formait une tumeur enveloppée par le ligament gastro-hépatique distendu et résistant.

Par contre, il est des cas où l'intestin qui a traversé le mésocôlon n'est pas recouvert d'un feuillet péritonéal mais est libre dans la grande cavité. C'est qu'après un certain trajet dans l'arrière cavité des épiploons il a pu en ressortir par un orifice normal ou pathologique, comme on le verra plus loin.

2. — Contenu de la hernie.

Le contenu de ces hernies transmésocoliques est le plus souvent et à peu près exclusivement l'intestin

grêle soit en totalité, soit en partie. Les anses grêles peuvent demeurer libres à leur place pathologique ou créer des adhérences qui les fixeront plus ou moins intimement avec les organes voisins.

Dans le cas qui nous intéresse particulièrement, tout l'intestin grêle avait pénétré à travers la brèche mésocolique et seuls les 10 à 12 centimètres de l'iléon terminal étaient restés dans l'espace sous mésocolique, hors de l'arrière cavité. Les anses grêles n'avaient contracté aucune adhérence et on put aisément les dévider et leur faire regagner leur place normale : l'espace sous-mésocolique.

LOMBARD, intervenant sur un blessé récent, peut facilement réduire la portion herniée, qui appartenait à l'origine du jujénum jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal.

LORIN-EPSTEIN, ROMITI, CAIRE notent que, dans leur observation respective, l'intestin grêle, en totalité, sauf la partie terminale, était herniée, mais qu'il n'avait pas d'adhérences.

LEFÈVRE, au contraire, trouva plusieurs adhérences unissant entre elles les anses grêles.

SOHN, contrairement à tous les auteurs précédemment cités, a trouvé, lors de l'opération de sa malade, un estomac bilobé, dont la partie pylorique, très congestionnée, était située au-dessous du mésocôlon transverse, et la partie cardiaque au-dessus. La portion pylorique était donc descendue à travers une brèche du mésocôlon transverse, véritable hernie, et avait contracté de nombreuses et fortes adhérences sur cette brèche mésocolique.

Dans le plus grand nombre des observations, l'intestin est *libre*. Au contraire, il a été signalé son *étran-*

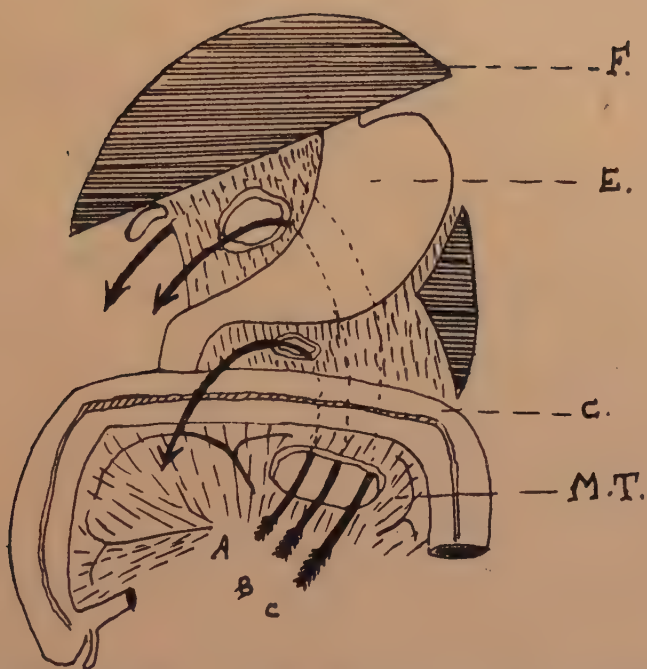


Schéma emprunté à GODART et SMITH : A) sortie à travers le ligament gastro-colique ; B) sortie à travers le ligament gastro-hépatique ; C) sortie par l'hiatus de Winslow



STREET & WATER ST. NEW YORK

1888

WILLIAM H. BROWN

gtement. Celui-ci est ordinairement assez lâche et les lésions des parois intestinales assez peu marquées.

3° *Trajet accompli par les viscères ayant franchi le mésocôlon.*

Le *trajet* de ces hernies présente un grand intérêt, d'autant plus grand que sa connaissance domine le traitement : l'intestin grêle est là, sous la paroi abdominale incisée, dans une position vraiment déconcertante ; par où est-il donc passé ?

Dans la plupart des observations que nous avons pu réunir et, en particulier, dans l'observation de notre maître, l'intestin grêle franchit de bas en haut, ou mieux d'arrière en avant, le mésocôlon perforé, et arrive dans cette grande loge péritonéale de l'arrière-cavité, où il peut rester emmagasiné, recouvert par le grand épiploon, comme le signale ROMITI, ou entouré de toutes parts dans un sac résistant, comme dans l'observation I de LORIN-EPSTEIN.

L'intestin grêle hernié peut poursuivre son chemin et, poussant devant lui, il peut arriver jusqu'au ligament gastro-colique, qu'il distend jusqu'au point de lui donner l'aspect d'une mince toile d'araignée. C'est ce qui a été observé chez notre malade : tirant l'estomac vers en haut, on n'attire point un grand épiploon normal, mais une membrane transparente, en toile d'araignée, au-dessous de laquelle on aperçoit les anses grêles ; elle va de la grande courbure de l'estomac au côlon transverse et représente évidemment le ligament gastro-colique.

LOMBARD et LEFÈVRE avaient observé la même tumeur au-dessous de l'estomac.

MAYO, dans la deuxième observation qu'il publie, signale que cinq pieds environ du jéjunum étaient en-

trés par l'orifice mésocolique et passés derrière l'estomac, emportant devant eux le péritoine du mésocôlon transverse comme un sac. Ce sac passait derrière l'estomac et poussait en avant l'épiploon gastro-hépatique comme un sac plus extérieur.

Mais ces ligaments gastro-colique et gastro-hépatique peuvent ne pas résister et, soit du fait d'adhérences à leur niveau, soit du fait d'une friabilité particulière, peuvent se perforer, donnant alors libre passage à l'intestin hernié dans l'arrière-cavité.

CAIRE, dans son observation, rapporte que l'anse pelvienne, anormalement longue, 70 centimètres, avait traversé le mésocôlon transverse au niveau d'une brèche et, poussant en avant, avait effondré le ligament gastro-colique ; elle était alors retombée en avant du côlon transverse, dans la cavité abdominale. Les anses grêles avaient suivi et étaient herniées dans l'arrière-cavité.

Dans l'observation de HEANEY et SIMPSON (obs. XIII), les anses grêles avaient aussi quitté l'arrière-cavité par un orifice du ligament gastro-colique.

MAYO signale un fait analogue dans la première observation qu'il publie : on trouva, dit-il, une énorme déchirure de l'épiploon mésocolique, à travers laquelle l'intestin grêle tout entier, à l'exception des trois premiers pouces, et de un pied terminal, et tout le mésentère étaient passés dans le dernier sac du péritoine, derrière l'estomac, et sortis à travers une seconde ouverture, dans l'épiploon gastro-hépatique.

Il en était de même dans la seconde observation de HEANEY et SIMPSON.

Exceptionnellement, la masse herniée peut emprunter le passage de l'hiatus de Winslow. Relevant le côlon transverse, pour pratiquer une gastro-entérostomie

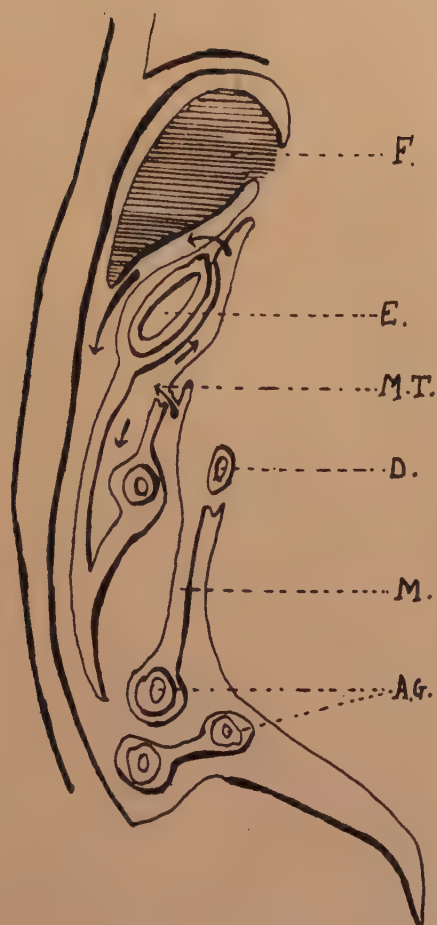


Schéma emprunté à LOMBARD : F) Foie ; E) Estomac ; M. T.) Mésocolon transverse ; D) Duodénum ; M) Mésentère ; A. G.) Anses grêles.

postérieure chez une femme atteinte d'ulcus gastrique, ACKERMAN constate que la majeure partie de l'intestin grêle est passée à travers une brèche du mésocôlon et est derrière l'estomac ; quelques anses ont franchi l'hiatus de Winslow.

Ce trajet de bas en haut, d'arrière en avant, est le plus habituellement suivi par les hernies transmésocoliques, mais l'observation de Adolph SOHN vient nous révéler qu'il existe un autre trajet, l'opposé presque de celui que nous avons étudié et qui a été retrouvé dans la plupart des observations. Une malade est opérée avec le diagnostic de kyste ovarien. A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit la tumeur, sentie auparavant, et elle apparaît comme la partie pylorique de l'estomac bissaculaire, fortement congestionnée et située au-dessous du mésocôlon transverse. La partie cardiaque était au-dessus. La partie pylorique est donc descendue à travers l'orifice siégeant sur le mésocôlon transverse. Contrairement aux cas habituellement décrits, le trajet allait, dans ce cas-là, de haut en bas et méritait d'être signalé.

C. — LÉSIONS ASSOCIÉES.

Nous nous bornerons à signaler ici qu'un grand nombre d'observations de hernies transmésocoliques font mention de lésions ulcéreuses de l'estomac ou du duodénum. Dans notre observation I, le malade fut opéré avec le diagnostic d'ulcère duodénal et, en effet, il existait des adhérences dans la région duodénale, qui unissaient le transverse à la vésicule.

LOMBARD signale l'existence d'un ulcère dans 18 cas, sur 23 observations de hernie transmésocolique.

ETUDE CLINIQUE

Les hernies transmésocoliques peuvent, au point de vue clinique, se présenter sous divers aspects et être classées en quatre groupes :

- a) Les hernies se traduisant par des troubles digestifs à type gastrique.
- b) Les hernies combinant leur symptomatologie avec celle d'un ulcère gastrique ou duodénal coexistant.
- c) Les hernies se manifestant uniquement par des signes d'occlusion.
- d) Les hernies dont l'histoire clinique fait complètement défaut, et qui ne sont que des découvertes opératoires ou nécropsiques.

Nous étudierons tout particulièrement, dans ce chapitre, les hernies transmésocoliques du premier groupe, car elles présentent seules un vrai et particulier tableau clinique ; les deuxième et troisième n'étant que le syndrome de l'ulcère gastrique et duodénal, ou de l'occlusion intestinale.

Le premier symptôme qui frappe le malade et qui le pousse à une visite médicale est la *douleur*.

Variable dans son intensité, son siège, ses irradiations, elle est, en général, reportée par le malade au creux épigastrique, sous forme de douleur très vive, donnant l'impression de brûlure ou de striction. Elle apparaît le plus souvent après les repas et est accompagnée de renvois acides et de vomissements. Les digestions deviennent de plus en plus pénibles et douloureuses, et le malade, voulant éviter ces malaises, réduit peu à peu son alimentation. Il *perd l'appétit* et commence à maigrir. Cet *amaigrissement* peut être poussé jusqu'à un très haut point : le malade, si on n'intervient pas, peut même succomber, tel le malade de LUNBERG, cité par LOMBARD.

Quelquefois, la symptomatologie de ces hernies s'enrichit de quelques éléments très importants pour le diagnostic : ce seront des crises de *coliques* ou de *crampes*, apparaissant après les repas, au creux épigastrique et correspondant à des crises d'obstruction intestinale.

A l'*examen*, ces malades apparaissent amaigris ; l'amaigrissement est, en effet, très précoce et rapide. Ils sont fatigués et sans énergie.

La région sus-ombilicale apparaît ballonnée et présente des zones de sonorité très nettes, à côté de zones de matité. Sur toute l'étendue de l'abdomen, on note la présence de mouvements péristaltiques.

La *palpation* de l'abdomen est souvent impossible : le malade réagissant violemment au contact par une contracture musculaire très marquée. Lorsque celle-ci est cependant possible, elle permet de constater un estomac le plus souvent dilaté et ptosé et quelques fois même, la masse intestinale herniée formant dans son sac une vraie tumeur.

L'*examen radiologique* semblerait, seul et plus que

tout autre procédé, capable de donner par son image la place de l'intestin dans la cavité abdominale. Le plus souvent, lorsque l'on a constaté un obstacle à l'évacuation de l'estomac, on ne suit qu'imparfaitement le trajet de la baryte opaque dans l'intestin grêle et au delà, car l'attention n'est que peu ou point attirée du côté de cette question des hernies transmésocoliques. Il existe cependant un cas récent de PFANNER et STAUNIG, rapporté par LOMBARD, dans lequel l'examen radioscopique a donné le signe authentique de hernie transmésocolique : L'estomac a une forme en U très caractéristique ; la grande courbure est à trois centimètres au-dessus du pubis. Le pylore est à hauteur et à droite de l'ombilic. L'évacuation se fait lentement. Trois heures après l'ingestion du repas bismuthé, on se rend compte de la façon la plus nette que deux anses jéjunales passent au-dessus de la petite courbure, la refoulant en bas, écrasant en quelque sorte la portion moyenne de l'estomac, qui prend ainsi la forme en U. Les anses se dirigent vers la fosse iliaque droite. L'examen radioscopique avait ainsi permis de voir la hernie transmésocolique avec passage des anses à travers l'épiploon gastro-hépatique, et au devant de l'estomac.

Les hernies transmésocoliques ne donnent pas toujours un tableau clinique complet. Souvent, bien souvent même, elles existent et aucun trouble ne vient révéler leur présence : les cas de hernies relevés au cours de nécropsie, sur des malades, morts d'une toute autre cause, sont nombreux : les observations de LORIN-EPSTEIN, que nous rapportons dans la première partie de notre thèse en font foi.

Ce qu'il est important de noter, après cette étude du syndrome clinique de la hernie transmésocolique, ce

sont les analogies de ce tableau avec celui de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum, en particulier, dans les cas où l'opération chirurgicale n'a révélé aucune trace d'ulcère. LOMBARD avait été frappé de cette ressemblance et avait noté la coexistence des deux lésions 18 fois sur 28 cas.

Quelques fois encore, la hernie transmésocolique peut rester cachée jusqu'au jour où une crise d'occlusion intestinale commande l'intervention chirurgicale qui la découvrira.

Le tableau clinique peu net, la symptomatologie peu précise des hernies transmésocoliques permettent-ils de porter un diagnostic ?

C'est ce que nous nous proposons d'étudier dans le paragraphe suivant.

DIAGNOSTIC

Nous étudierons la question du diagnostic avant toute opération chirurgicale et au cours d'interventions sur l'abdomen, le plus souvent pour une cause supposée autre que celle de hernie transmésocolique.

Le diagnostic de hernie transmésocolique est bien difficile à poser *avant l'intervention chirurgicale*. En effet, chez un malade qui souffre après les repas au niveau de l'estomac, qui digère mal, qui a maigri, le diagnostic de hernie transmésocolique est loin d'être envisagé, et l'on diagnostique troubles gastriques, ulcère du pylore ou du duodénum.

Les observations que nous rapportons dans la première partie de notre travail, et, en particulier, l'observation de M. le Professeur Agrégé MOURGUE-MOLINES, mettent bien en évidence la difficulté du diagnostic : notre malade a été opéré avec le diagnostic clinique d'ulcère duodénal, confirmé par l'examen radiologique qui, quoique incomplet, dans son aspect, faisait penser à un ulcère du duodénum.

Il est important de noter que souvent la hernie transmésocolique coexiste sur le même sujet avec un

ulcère de l'estomac ou du duodénum ; et cela rend encore plus difficile le diagnostic de la hernie, qui est masquée par la lésion concomitante.

LOMBARD cite un cas, dans lequel le diagnostic d'ulcus gastrique, compliqué de hernie transmésocolique, avait été porté, basé sur l'examen clinique et radioscopique (PFANNER et STAUNIG).

La hernie transmésocolique se compliquant quelquefois de phénomènes d'obstruction ou de subocclusion, c'est le diagnostic d'occlusion intestinale par brides ou adhérences, par iléus mécanique, comme dans le cas de ROMITI, que l'on pose.

Le diagnostic de hernie transmésocolique est donc très difficile et presque impossible avant la laparotomie, indiquée par le diagnostic incomplet ou erroné déjà posé.

Mais, c'est *au cours de l'opération chirurgicale* que le diagnostic de hernie transmésocolique sera le plus souvent établi. Dès l'ouverture de l'abdomen, le chirurgien est frappé par la présence d'une tumeur à parois translucides, le plus souvent contenant l'intestin grêle, ou par la sortie subite des anses grêles libres derrière la paroi abdominale antérieure. Il recherche le côlon transverse, qui est ptosé et caché par les anses du grêle. Il le relève et, dans l'étage sous-mésocolique, il ne trouve que la partie terminale de l'iléon, qui descend d'un orifice situé sur le mésocôlon transverse et arrive jusqu'à l'ampoule cæcale. Il n'y a plus de doute possible alors : l'intestin grêle n'est plus à sa place normale ; il a fui, il s'est hernié à travers cet orifice du mésocôlon. Le diagnostic de hernie transmésocolique est fait et cela est de la plus grande importance pour le traitement.

EVOLUTION == PRONOSTIC

Nous avons vu précédemment que la hernie transmésocolique peut revêtir, au point de vue clinique, plusieurs formes ; ou la hernie existe seule et prend une allure de type gastrique, ou bien elle s'associe à d'autres lésions, telles ulcères de l'estomac, du duodénum ou occlusion intestinale ; ou bien encore, elle ne se manifeste par aucun trouble et ce n'est qu'à l'autopsie des malades qui en sont porteurs, que son diagnostic est fait.

L'évolution, le pronostic des hernies transmésocoliques est en rapport avec chaque forme clinique, et c'est dans chacune d'elles que nous l'étudierons.

Lorsque la hernie transmésocolique existe seule et se manifeste par des symptômes du type gastrique, le diagnostic peut être égaré par cette symptomatologie particulière, et le traitement appliqué ne correspondra pas à la maladie. Beaucoup de malades porteurs de hernie transmésocolique à type gastrique, ont d'abord été traités pour troubles gastriques dyspepsie, acidité, etc..

Il nous suffira de citer le cas du malade de LUNBERG, que LOMBARD rapporte : il s'agit d'un forgeron de 36 ans, qui depuis seize ans souffre de l'estomac ; il est entré à l'hôpital à divers reprises et chaque fois le

diagnostic de dyspepsie acide a été porté, en raison des douleurs et des sensations de pesanteur qui suivent l'ingestion alimentaire, des renvois acides et de l'existence constatée d'hypersécrétion, avec hyperchlorhydrie. L'appétit diminue, le malade maigrit, puis succombe rapidement. A l'autopsie, on découvre une hernie transmésocolique et des lésions de péritonite aiguë.

Cependant cette forme de hernie transmésocolique à type gastrique a un pronostic aussi favorable que les autres, comme nous le verrons plus tard, si une intervention chirurgicale vient compléter un diagnostic insuffisant et redresser un circuit intestinal dévié. C'est ce qui a eu lieu pour le malade de notre observation : le diagnostic d'ulcus ou de sténose pylorique avait été porté ; une intervention fut décidée, et celle-ci permit d'établir le vrai diagnostic, de réduire la hernie transmésocolique et de guérir radicalement ce malade, qui maigrissait et perdait chaque jour un peu de ses forces.

Lorsque la hernie transmésocolique coexiste avec une lésion anatomique : ulcère de l'estomac, du duodénum, le pronostic n'est pas plus favorable que dans le premier cas opéré, car il s'y ajoute les risques de la lésion. Mais cette lésion permet de porter un diagnostic qui indique l'intervention chirurgicale, seul traitement de la hernie.

La hernie transmésocolique, se compliquant d'occlusion intestinale, a un pronostic moins favorable, lié à l'évolution de l'occlusion qui, traitée de très bonne heure, peut n'entraîner aucune complication, mais qui, négligée, peut conduire à une issue fatale.

Quant à la quatrième forme de hernie transmésocolique, qui ne se manifeste par aucun trouble, et qui

n'est découverte que lors d'une autopsie, il suffit de la signaler pour y voir l'évolution la plus favorable.

En résumé la hernie transmésocolique a un excellent pronostic et une évolution très favorable si une intervention chirurgicale, indiquée par elle ou non, vient la réduire et rétablir le trajet intestinal normal.

La plupart des cas de hernies opérées guérissent ; il n'y a qu'à se rapporter à la première partie de notre travail, toutes les observations mentionnent la guérison, sauf celle de LOMBARD, dans laquelle il est signalé que le malade succomba aux lésions très graves de l'accident, entre autres à l'écrasement du pancréas.

STEINKE, dans un article sur les hernies internes, signale que la guérison suivit la plupart des cas de hernies transmésocoliques opérées et que l'autopsie ne révéla des hernies transmésocoliques que sur des malades morts d'une autre cause : de grippe, d'angiome, d'appendicite dans les trois cas de SIEGMUND.

Les deux malades de LORIN-EPSTEIN moururent, l'un d'un cancer vésical, l'autre d'accident, et non de la hernie transmésocolique que leur autopsie permit de découvrir.

Signalons enfin, comme évolution possible d'une hernie transmésocolique, l'organisation du sac épiploïque, qui, englobant étroitement l'intestin qui est enfermé dans sa cavité, pourrait finir par prendre cet aspect tout à fait spécial que l'on a décrit ces dernières années sous le nom de *péritonite encapsulante*.

LORIN-EPSTEIN, à l'occasion de ses deux observations, se demande s'il n'y aurait pas là une pathogénie permettant d'expliquer certaines péritonites encapsulantes. Cette hypothèse, que rien ne contredit à priori, méritait d'être signalée.

TRAITEMENT

Il va sans dire que, pour les hernies transmésocoliques post-opératoires, il existe un traitement prophylactique : c'est, au cours d'une opération de gastro-entérostomie, la fixation soignée de la brèche mésocolique à l'estomac. C'est là une règle technique bien connue et sur laquelle il est inutile d'insister.

Le traitement curatif des hernies transmésocoliques dépend du diagnostic, sinon fait avant l'opération, tout au moins établi dès l'ouverture de l'abdomen.

La hernie transmésocolique diagnostiquée et l'orifice à travers le mésocôlon vu, le traitement consiste à faire réintégrer à l'intestin grêle, le plus souvent, ou à l'estomac, comme dans le cas de SOHN, la place qu'il doit normalement habiter et l'y maintenir par obturation de l'orifice.

Nous recommanderons pour cette opération la méthode de rachi-anesthésie à la scurocaïne, ou mieux à la percaïne, qui est particulièrement indiquée dans ces opérations sur l'intestin hernié, où le « silence abdominal » est spécialement recherché.

Après avoir vérifié le trajet de la hernie, le chirurgien refoulera dans l'arrière-cavité les anses qui en

seront sorties. Tirant alors doucement sur la partie terminale de l'intestin, il dévidera les anses de l'arrière-cavité et les ramènera progressivement dans l'étage abdominal inférieur, à travers la brèche du mésocôlon. Ce temps est rendu encore plus facile par les dimensions souvent considérables de l'orifice mésocolique. Mais, souvent, des adhérences peuvent fixer les anses grêles entre elles ou à la paroi du sac herniaire. Il faudra alors sectionner ces brides, afin de réaliser la réduction complète.

Quand tout l'intestin hernié aura regagné sa place dans l'étage sous-mésocolique, on vérifiera la présence ou l'absence d'ulcus pylorique ou duodénal, qui complique souvent, ainsi que nous l'avons signalé, la hernie transmésocolique. Si un ulcus est trouvé, on continuera l'opération par un gastro-entérostomie postérieure, qui utilisera la brèche mésocolique pour son passage : MAYO, dans ses observations, fait remarquer qu'il a agi ainsi.

Si aucune lésion n'est relevée, on fermera la brèche mésocolique par un surjet au fil de lin ; à la partie haute, on prendra dans le surjet l'angle duodéno-jéjunal, pour éviter toute récurrence, comme notre maître, M. le Professeur MOURGUE-MOLINES, a fait sur le malade cité au début de notre thèse.

La paroi abdominale sera suturée en deux plans.

Une radioscopie sera pratiquée quelques jours après, afin de vérifier le transit intestinal.

CONCLUSION

Les hernies transmésocoliques sont une variété de hernies internes très rares ; le nombre de ces hernies décrites dans la littérature médicale est encore restreint : il atteindrait à peine 60.

Cependant, de nombreux articles ont été écrits à leur sujet ; de nombreuses théories ont été émises pour les expliquer ; de grandes discussions se sont élevées au sujet de leur cause et de leur formation. Nous nous garderons donc bien de poser des conclusions absolues et intangibles sur cette question neuve et déjà controversée.

Les hernies transmésocoliques peuvent être consécutives à un traumatisme accidentel ou opératoire, qui a déchiré le mésocôlon, à une réaction à distance, sur ce mésocôlon, d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, à un défaut du développement du méso durant la vie fœtale, ou bien à un trouble de nutrition ou de texture de ce mésocôlon transverse.

C'est l'intestin grêle qui, le plus souvent, se hernie à travers cet orifice anormal, et poursuit un trajet tout à fait spécial dans l'arrière-cavité des épiploons,

derrière l'estomac, et quelquefois même, à travers le ligament gastro-colique ou gastro-hépatique.

La hernie transmésocolique, constituée, passe quelquefois inaperçue et ce n'est qu'une laparotomie pour une autre cause ou une nécropsie qui dévoile sa présence. Elle peut, d'autres fois, se révéler par des signes de sub-obstruction, reflétant la symptomatologie d'une sténose pylorique ou le tableau subit de l'occlusion intestinale.

Son pronostic est relativement bon, car quelle que soit la forme qui la masque ou la complication qui la révèle, le traitement chirurgical est indiqué et nous avons vu que celui-ci, le plus souvent simple et facile, conduit à la guérison du sujet qui en est porteur.

Tout cela contribue à faire de ces hernies transmésocoliques une variété de hernies encore mal connue et méritant beaucoup d'être étudiées.

Nous serons heureux si, par notre modeste travail, nous avons pu apporter une minime contribution à leur étude.

BIBLIOGRAPHIE

AKERMANN. — Intra-abdominaler Bruch durch eine Öffnung im Mesocolon transversum. *Nordisk Medizinsk Arkiv*, II, 9, 1902, p. 1.

BASTIANELLI. — Strozzamento acuto di anse del tenue attraverso ad una fessura congenita del colon traverso, essendo il colon traverso in retro posizione. Laparotomia. Guarigione. *Il poltclinico. Sez. Chir.*, XI, 2, 1904.

BOETTCHER, ARTH. — Hernia bursæ omentalis mit im Mesocolon transversum befindlicher Bruchforte. *Virchow's Archiv*, LXXII, 1878, pp. 642-644.

BORSCEKY. — Pathogenese der Hernien der Bursa omentalis mit normaler Bruchforte. *Beit zur Zlin. Chir.*, LXXII, 2, p. 438.

BOYD. — Case of intestinal obstruction complicated with malposition apparently congenital of the colon. *Lancet*, II, 1897, p. 8.

BROESIKE. — Über intraabdominaler (retroperitoneale) Hernien und Bauchfettaschen. *Berlin*, 1891.

BRUTTIN (M.). — De la génèse des étranglements de la hernie transmésocolique. *Revue médicale de la Suisse Romande*, XLVIII, 1928, pp. 215-218.

— et VULLIET. — *Journal de Médecine de Paris*, n° 48, 1928 p. 365.

BRYAN. — Recurrent internal hernia following gastroenterostomy. *Surg., Gyn. and Obst.*, XXX, 1920, p. 82.

- CAIRE (Albert). — Un cas de hernie transmésocolique. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Marseille*, IV, 1930, pp. 418-421.
- COSTANTINI. — Occlusion intestinale par hernie transmésocolique, laparotomie, guérison. *Gazetta degli Ospedali et della Cliniche*, XLIV, 1923, pp. 227-230.
Analysé in *Journal de Chirurgie*, XXI, 1923, p. 749.
- DEVILLE. — *Bull. de la Société anatomique de Paris*, XXVI, 1851, p. 15.
- DITTRICH. — Ulcus gastrique ; hernie transmésocolique. *Beit. zur path. anatomie.*, I, 1847, p. 125.
- FEDERSCHMIDT. — Die praformierten Lücken im mesenterialen Gewebe. *Deut. Zeitsch. für Chir.*, CLVIII, 1920, p. 205.
- FOLLIASON. — Hernies internes. *Gazette des Hôpitaux*, nov. 1930, p. 1545.
- FORLINI. — Contribution à l'étude des fossettes péritonéales et des hernies de Treitz. *Archivo italiano di Chirurgica*, XVI, 1926, p. 481.
- FURST. — Ett. Fall of hernia intra-abdominalis. *Nordisk Medizinsk Arkiv.*, IV, 1894.
- GODARD (Henri) et SMITH (Pierre). — Les hernies de l'arrière-cavité des épiploons. *Revue de Chirurgie*, LXVII, 1929, pp. 263-286.
- HEANEY and SIMPSON. — Two cases of Hernia through the transverse mesocolon. *The British Journal of Surgery*, XIII, 1925, pp. 387-393.
- HERMES. — Cité par Schumacher.
- INSEKE. — Cité par Reinardt.
- HILGENREINER. — Zur Kasuistik der Hernia bursae omentalis. Ein Fall von Hernia intraepiploica incarcerata. *Prag. med. Wochenschr.* IV, 1903, pp. 43-45.
- IRWIN. — Un cas de hernie transmésocolique. *The lancet*, janv. 1927, p. 75.
- JONNESCO. — Hernies internes rétro-péritonéales, ou hernies formées dans les fossettes normales du péritoine. *Paris*, 1890.
- KOCH. — Hernie mésocolique moyenne. *Zentralblatt für Chirurgie*, oct. 1926, p. 2578.

- LAUER. — Ein Fall von Hernia mesocolonialis mit Einklemmung eines Sanduhrmagens. *Dissert. Greifswald*, 1894.
- LEFÈVRE. — Un cas de hernie transmésocolique (Rapport de Descomps). *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, LIII, 1927, pp. 790-796.
- LEOBL. — Ulcère gastrique ; hernie transmésocolique, cité par Schumacher.
- LOMBARD (Pierre). — Les hernies transmésocoliques. *Journal de Chirurgie*, II, 1923, pp. 503-518.
- LONG. — Acute intestinal obstruction in new born infant from hernia of lower ileum through congenital mesenteric opening. *Tr. Chicago, path. soc.* XII, 1927, pp. 335-337.
- LORIN-EPSTEIN. — Hernia membrano omentalis (jejuno, ilei). *Archiv. für Klin. Chirurgie.*, LXVI, 1932, pp. 744-758.
- MAYO (William). — Mésocolic or retro-gastric hernia. *Annals of Surgery*. XLIX, 1909, pp. 486-490.
- NARATH. — Zur Pathologie und Chirurgie der Hernia duodeno-jejunalis. *Arch. für Klin. Chirurgie*, LXXI, 1903.
- NEL. — *J. M. A. South Africa*, III, 1929, p. 710.
- ODERMATT. — *Schweiz. Med. Wchnschr.*, LVI, 1926, p. 459.
- PECCO. — Ernia totale del tenue attraverso il mésocolon trasverso e l'epiploon gastro-colico in antico gastroenterostomizzato. *Boll. et Mém. Soc. Piemontèse di chir.*, II, 1932, pp. 177-182.
- PERMANN. — Ett fall af intra abdominellt bräck genom en öppning i mesocolon transversum och omentum minus. *Hygiea*, II, 1906, n° 5, p. 467.
- PFANNER et STAUNIG. — Sur les hernies de l'arrière-cavité des épiploons et leurs rapports avec l'ulcère de l'estomac. *Brun's Beiträge zur Klin. Chirurgie*, CXXI, 1921, fasc. 3, p. 375.
- PRINGLE. — Hernia across the lesser sac of the peritoneum. *Glasgow med. Journ.*, XCI, n° 3, 1929, p. 129.
- REINHARDT. — Hernia mesocolica und Hernia bursae omentalis mesocolica. *Beiträge zur pathologischen anatomie und zur allgemeinen pathologie*, LXIII, 1917, pp. 649-724.

- ROMITI (Zozimo). — Hernia bursae omentalis strozzata con porta abnorme nel mesocolon trasverso. *La Clinica chirurgica* XXX, 1927, pp. 288-302.
- SCHUMACHER. — Die hernien der bursa omentalis mit abnormen Eintrittspforten. Die Transhæsiö itestini. *Beitr. zur Zlin Chirurgie*, LXVI, 1910, p. 507.
- SHORT. — On retroperitoneal hernia with report on the literature. *The British. J. of Surgery*, XII, 1924-1925, p. 456.
- SIEGMUND. — *Arch. für Klin. Chirurgie*, CXLIX, 1927.
- SOHN (Adolph). — Zur Kasuistik des Darmverschlusses infolge innerer Einklemmung in einer Mesenteriallücke und über den Volvulus des Sanduhrmagens. *Deut. Zeitsch. für Chir.*, CLXVII, 1921, pp. 124-128.
- STEINDL. — Transhaesio intestini tenuis supra-gastrica. *Wien. klin. Wochenschr.*, n° 15, 1920, p. 327.
- STEINKE. — Internal hernia 3 additional case reports. *Archives of Surgery*, XXV, 1932, pp. 909-925.
- STOCKER-DREYER. — Cité par Pfanner.
- STOLZENBERG. — Über hernia bursae omentalis mesocolica. *Virchow's Archiv.* CCI, 1910, pp. 470-476.
- SUNDBERG. — Hernia bursae omenti Bruckforte im Mesocolon transversum und sekundarem Durchbruch des Bruches durch das Omentum minus Peritonitis. *Upsala lakare foreningr. forhandlingar*, II, 1896-1897.
- TREITZ. — Hernia retroperitonealis Ein Beitrag zur Geschichte innerer hernien. *Prag*, 1857.
- ZENO et CAMES. — Gastrectomia y estrangulacion intestinal à travers de la brecha mesocolica. *Bol. y trab. de la soc. de cir. de Buenos-Ayres*, XIII, 1929, pp. 723-726.
- WALDEYER. — Hernia retroperitonealis nebst Bemerkungen zur anatomie des Peritoneums. *Virchow's Archiv.*, LX, 1910.

En ma qualité de Censeur
de tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

*Contribution à l'étude des
hernies transmésocoliques.*

par M. GRANIER

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 10 mars 1934

Le Professeur,
V. RICHE.

Vu :

Montpellier, le 14 mars 1934

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 16 mars 1934

Pour le Recteur,
Le Doyen Délégué :
GODECHOT.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

